ACUERDO ACDO.SA2.HCT.250913/294.P.DPES y anexos, dictado por el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social en sesión ordinaria celebrada el 25 de septiembre del presente año, relativo a la aprobación de los datos, documentos y formatos específicos que se deben proporcionar y presentar para la gestión de los trámites en materia de prestaciones en dinero.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Mexicano del Seguro Social.- Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 25 de septiembre del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.250913/294.P.DPES, en los siguientes términos:

"Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 251, fracciones IV, XIII y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 31, fracciones IV y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y de conformidad con el planteamiento presentado por la Dirección General, a través de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, mediante oficio 304 del 12 de septiembre de 2013, así como la resolución tomada por el Comité del mismo nombre, del propio Órgano de Gobierno, en reunión celebrada el día 11 del mes y año citados, **Acuerda: Primero.-** Dejar sin efecto el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.280312/86.P.DPES y sus Anexos, dictado por este Órgano de Gobierno en sesión del 28 de marzo de 2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de julio de ese mismo año, relativo a la aprobación de los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar para efectuar diversos trámites por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social. **Segundo.-** Aprobar los datos, documentos y formatos específicos que se deben proporcionar y presentar para la gestión de los trámites en materia de prestaciones en dinero que se enlistan a continuación, así como los plazos máximos de resolución de éstos y la vigencia de la resolución de los mismos que se describen en los Anexos 'A' y 'B' de este Acuerdo, respectivamente: **1)** Solicitud de Pensión de Invalidez; **2)** Solicitud de Pensión de Cesantía en Edad Avanzada o Vejez; **3)** Solicitud de Pensión de Viudez, modalidades: a) Viuda esposa, b) Viuda concubina, c) Viudo esposo, d) Viudo concubinario; **4)** Solicitud de Pensión de Orfandad, modalidades: a) Hijo menor de 16 años, b) Hijo mayor de 16 años y hasta 25 años estudiante, c) Hijo mayor de 16 años incapacitado; **5)** Solicitud de Pensión de Ascendientes; **6)** Solicitud de Asignación Familiar, modalidades: a) Esposa, b) Concubina, c) Hijo menor de 16 años, d) Hijo mayor de 16 años y hasta 25 años Estudiante, e) Hijo mayor de 16 años incapacitado, f) Ascendiente; **7)** Solicitud de Pensión de Incapacidad Permanente; **8)** Solicitud de Pensión de Retiro; **9)** Solicitud de Pensión de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez a través de transferencia de derechos IMSS-ISSSTE; **10)** Solicitud de cambio de domicilio para pago de pensión, modalidades: a) Pago de pensión por cambio de domicilio dentro de la República Mexicana, b) Pago de pensión por traslado de domicilio en el extranjero; **11)** Solicitud de modificación de pensión por finiquito, modalidades: a) Finiquito para contraer nuevas nupcias, b) Finiquito de hijo huérfano por cumplir supuestos de Ley; **12)** Solicitud de modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo, en el monto del pago de la misma, o corrección de nombre; **13)** Solicitud para acreditar a tercero para el cobro de pensión; **14)** Solicitud para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión, modalidades: a) Por el pensionado, b) Por terceros en caso de fallecimiento del pensionado; **15)** Solicitud de prórroga para el pago de Pensión de Orfandad

o de Asignación Familiar por continuación de estudios de hijo mayor de dieciséis años; **16)** Solicitud de pago de pensión a través de acreditamiento en cuenta; **17)** Solicitud para préstamo a cuenta de pensión del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973; **18)** Solicitud para comprobación de supervivencia, modalidades: a) Presencial, b) No presencial, dentro de la República Mexicana, c) No presencial, desde el extranjero; **19)** Solicitud de ayuda para gastos de matrimonio; **20)** Solicitud de ayuda para gastos de funeral; y **21)** Solicitud de celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios. **Tercero.-** Se dejan sin efecto los Acuerdos: **1)** 389 753, dictado en sesión del 17 de octubre de 1973, que autorizó, por equidad, un periodo de tres meses para que los interesados acrediten los estudios del año anterior, a los pensionados por orfandad o asignatarios hijos, en las pensiones de Invalidez, Vejez y Cesantía en Edad Avanzada; **2)** 7332, dictado en sesión del 3 de marzo de 1976, que aprobó las Reglas para el Trámite y Otorgamiento de la Prórroga de las Pensiones de Orfandad y de las Asignaciones Familiares de los Hijos de los Pensionados por Invalidez, Vejez y Cesantía en Edad Avanzada, salvo las reglas 1ª y 2ª; **3)** 383/98, dictado en sesión del 15 de julio de 1998, por el que se autorizó el pago a los beneficiarios del pensionado fallecido y a personas que pudieren sucederlos, las mensualidades de la pensión que no se hubiere cobrado por el titular; **4)** 698/99, dictado en sesión del 1 de diciembre de 1999, por el que se aprueba el documento denominado 'Procedimiento para la aplicación del Acuerdo 383/98 del H. Consejo Técnico, del 15 de julio de 1998'; y **5)** 326/2002, dictado en sesión del 24 de junio de 2002, por el que se autorizó la forma en que podrá efectuarse el pago de una pensión otorgada por invalidez, originada por discapacidad mental del pensionado, así como por el hecho de que sobrevenga a cualquier pensionado un estado de discapacidad mental o discapacidad física que les impida realizar el cobro de la pensión. **Cuarto.-** Instruir a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales para que de manera directa o por conducto de sus unidades administrativas competentes, dicte las instrucciones y criterios que considere convenientes para la debida aplicación por parte de las Delegaciones, de las disposiciones contenidas en el presente Acuerdo y resuelvan las dudas o aclaraciones que con ese motivo se presenten. **Quinto.-** Instruir a la Dirección Jurídica, para que previo dictamen de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, obtenido por la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones, realice los trámites necesarios ante las instancias competentes, a efecto de que el presente Acuerdo y sus respectivos Anexos, se publiquen en el Diario Oficial de la Federación. **Sexto.-** En tanto inicie la vigencia del presente Acuerdo, continuará vigente el diverso ACDO.SA2.HCT.280312/86.P.DPES. **Séptimo.-** El presente Acuerdo entrará en vigor a los sesenta días naturales posteriores al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación".

Atentamente.

México, D.F., a 26 de septiembre de 2013.- El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García**.- Rúbrica.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

ANEXO "A"

Anexo por el que se establecen, respecto los trámites en materia de prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social, los datos, documentos, formatos específicos que se deben proporcionar y presentar para la gestión de los mismos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los plazos máximos de resolución del trámite y la vigencia de la misma.

REGLAS GENERALES

1. Todos los documentos que presenten los solicitantes deben ser legibles, no contener tachaduras ni enmendaduras y estar vigentes en los términos que se establezca para el trámite de que se trate.

2. Tratándose de documentos públicos expedidos en el extranjero, deberán contener la apostilla o legalización, según corresponda.

Si el país que emite el documento está adherido a la Convención de La Haya del 5 de octubre de 1961, relativa a la Supresión de la Exigencia de Legalización de los Documentos Públicos Extranjeros, se requerirá de la apostilla, la cual constará sobre el propio documento o sobre una prolongación del mismo, en el formato establecido para ello.

En el supuesto de que el país emisor del documento no esté adherido a la referida Convención, se requerirá de la legalización del documento, es decir, la legalización efectuada por la Representación Consular mexicana ubicada en el lugar en donde se expidió el documento, a través de la cual se certifica que la firma o sello (de un funcionario u oficina gubernamental o notarial) que se localiza dentro de su circunscripción, coincide con la firma o sello registrados en sus archivos.

3. Si el documento está redactado en idioma diferente al español se deberá acompañar la traducción al español realizada por perito autorizado por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional o por perito autorizado por el país de que se trate.

4. Si el solicitante se encuentra impedido físicamente para firmar o estampar su huella digital en la solicitud del trámite, podrá designar a una persona para que firme a su ruego. Invariablemente, también se requerirá identificación oficial de la persona que firma a ruego, la cual deberá ser mayor de edad.

5. Los documentos originales que se enuncian a continuación quedarán en poder del Instituto, en el respectivo expediente:

a. Copia Certificada de Acta de Nacimiento

b. Copia Certificada de Acta de Adopción

c. Copia Certificada de Acta de Reconocimiento

d. Copia Certificada de la Carta de Naturalización

e. Copia Certificada de Acta de Tutela

f. Copia Certificada de Acta de Matrimonio

g. Copia Certificada de Acta de Divorcio

h. Copia Certificada de Acta de Defunción

i. Copia Certificada de la Resolución, emitida por autoridad jurisdiccional que acredite:

i. La relación de concubinato

ii. La disolución del concubinato

iii. La dependencia económica

iv. El auto de discernimiento de la tutela

v. La nulidad de matrimonio

vi. La disolución del vínculo matrimonial

j. Copia certificada del testimonio notarial por el que se acredita la constitución de la persona moral que se ostenta como patrón.

k. Copia certificada del testimonio notarial a través del cual se acredite que se cuenta con poder general para actos de dominio, o bien, especial para realizar el trámite que corresponda ante el Instituto.

l. Copia certificada de la constancia de períodos de cotización reconocidos al amparo del Anexo Técnico I, del Convenio de Colaboración entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado, para el cumplimiento de lo previsto en el Título Segundo, Capítulo VIII, Sección I "De la Transferencia de Derechos entre el Instituto y el IMSS", de la Ley del Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado.

m. Constancia expedida por los servicios de Afiliación y Vigencia de Derechos institucionales, que acredite el cambio de domicilio.

n. Constancia expedida por las representaciones consulares mexicanas, a través de la cual se acredite el domicilio del solicitante en el país de que se trate.

o. Documento que acredite domicilio en el extranjero por autoridad administrativa o migratoria del país de que se trate.

p. Constancia de estudios que acredite la inscripción del beneficiario hijo mayor de dieciséis y menor de veinticinco años, en el ciclo escolar de que se trate, expedida por instituciones pertenecientes al Sistema Educativo Nacional.

q. Documento que justifique la no comparecencia física, del pensionado, entre ellos:

En el Extranjero:

i. Constancia de "Fe de Vida", expedida por los Consulados de México en el extranjero. Este documento se entregará a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores.

ii. Documento que defina el Convenio Internacional que haya suscrito México con el país de que se trate, a través del cual se acredite la supervivencia del pensionado.

El pensionado deberá solicitar al Consulado o Autoridad administrativa extranjera que la constancia o documento que acredite su supervivencia contenga los siguientes datos:

- Nombre(s), apellido paterno y materno.
- Número de Seguridad Social.
- Denominación del documento con el cual se identifica.
- Domicilio.
- Fotografía reciente.
- Firma del interesado.
- Número consecutivo o de control de la constancia que se expide.
- Nombre y firma del servidor público que expide la constancia.
- Lugar y fecha en la que se expide la constancia.
- Sello oficial del Consulado o Autoridad administrativa de que se trate.

Dentro de la República Mexicana:

i. Nota médica o constancia expedida por los servicios médicos institucionales, que acredite el internamiento en hospitales del Instituto con antigüedad de expedición hasta de 48 horas previas a la fecha de la solicitud de comprobación de supervivencia.

ii. Constancia de internamiento en Centros de Readaptación Social con antigüedad de expedición hasta de 30 días naturales previos a la fecha de la solicitud de comprobación de supervivencia.

iii. Nota médica elaborada en visita domiciliaria por los servicios médicos institucionales que acredite el internamiento del pensionado en otros hospitales públicos o privados, o bien, acredite que el pensionado por su condición de salud no puede acudir a comprobar supervivencia (con antigüedad de expedición hasta 48 horas previas a la fecha de la solicitud de comprobación de supervivencia).

r. Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3, expedido por los servicios médicos institucionales, que acredite el estado de incapacidad o defunción por riesgos de trabajo. Este documento será proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo correspondientes y quedará en el expediente.

s. Dictamen de invalidez ST-4, expedida por los servicios médicos institucionales, que acredite el estado de invalidez del asegurado. Este documento será proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo correspondientes y quedará en el expediente.

t. Dictamen de beneficiario incapacitado ST-6, expedido por los servicios médicos institucionales, que acredite que el beneficiario se encuentre totalmente incapacitado. Este documento será proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo correspondientes y quedará en el expediente.

u. Constancia de los servicios médicos institucionales a través del cual se acredite que la incapacidad que padecía desapareció.

6. Los trámites podrán realizarse a través de representante legal, presentando los siguientes documentos, considerando la personalidad jurídica con que se ostenta:

a) Identificación oficial con fotografía y firma vigente (original y copia simple), cualquiera de las siguientes:

i. Tratándose de mexicanos:

- Credencial ADIMSS.
- Credencial para votar, expedida por el Instituto Federal Electoral.
- Cédula Profesional, expedida por la Secretaría de Educación Pública, a través de la Dirección General de Profesiones.
- Pasaporte expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores.
- Cartilla del Servicio Militar Nacional emitida por la Secretaría de la Defensa Nacional.
- Cédula de Identidad Personal emitida por la Secretaría de Gobernación.
- Documento con fotografía expedido por la Delegación o Municipio en donde reside el interesado, a través del cual se haga constar la identidad del mismo.
- Carta de naturalización.

ii. Tratándose de extranjeros:

- Pasaporte.
- Documento migratorio expedido por las Oficinas Consulares de México en el extranjero (Visa de residencia temporal, Visa de residente temporal estudiante, Visa de residencia permanente, Visa de visitante sin permiso para realizar actividades remuneradas o Visa de visitante con permiso para realizar actividades remuneradas).
- Tarjeta de residencia, expedida por el Instituto Nacional de Migración.
- Credencial ADIMSS.
- Cédula Profesional, expedida por la Secretaría de Educación Pública, a través de la Dirección General de Profesiones.

b) Documento que acredite la personalidad con la que se ostente:

a) Tratándose de Apoderado Legal:

- Copia certificada del testimonio notarial a través del cual se acredite que se cuenta con poder general para actos de dominio, o bien, especial para realizar el trámite que corresponda ante el Instituto.

b) Tratándose de quienes ejercen la Patria Potestad:

- Copia certificada de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento; del menor con derecho a alguna de las prestaciones en comento (original y copia simple), expedida por:
  - Las oficinas o juzgados del Registro Civil de la Entidad Federativa que corresponda o del Distrito Federal.
  - Las Representaciones Consulares de México,
  - Gobierno Extranjero. En este caso, se debe atender a las disposiciones que sobre documentos públicos expedidos en el extranjero provee el derecho común y los tratados internacionales.
- En su caso, copia certificada de la resolución jurisdiccional ejecutoriada a través de la cual conste el ejercicio de la patria potestad a cargo del solicitante.

c) Tratándose de quienes ejercen la Tutela:

- Copia certificada de la resolución jurisdiccional ejecutoriada, que acredite el auto de discernimiento de la tutela, o bien, copia certificada de Acta de Tutela.

7. Adicionalmente a los datos y documentos señalados en el presente apartado, se deberán presentar y proporcionar los documentos y datos específicos al trámite que corresponda.

8. Los documentos originales que se solicitan en cada trámite, se devolverán al solicitante una vez que se haya cotejado con la copia simple que al efecto proporcione éste, salvo los que expresamente se indique que se quedarán en el expediente.

9. Son causales de prevención, entre otras: error, alteración o inconsistencias en los documentos presentados, por ejemplo en: Actas de Nacimiento, Defunción, Matrimonio, documento de elección de régimen pensionario, documento de elección de aseguradora e inconsistencias en los datos proporcionados.

10. En los casos de presentarse alguno de los siguientes supuestos: Homonimias; Duplicidad del Número de Seguridad Social; la existencia de un procedimiento administrativo vinculado con la comprobación de la relación laboral; existencia de más de una cuenta individual; error en la cuenta individual; procedimiento administrativo o judicial interpuesto por el asegurado o sus beneficiarios en contra del Instituto, que se encuentre pendiente de resolución; así como otros que puedan afectar el sentido de la resolución del trámite, el Instituto notificará por escrito dicha circunstancia de improcedencia y comunicará al interesado sobre los procedimientos a seguir tendentes a la solución de la problemática.

LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES

I.- EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA, ACOMPAÑADOS DE COPIA SIMPLE PARA COTEJO:

1. Identificación oficial con fotografía y firma (vigente de acuerdo con la legislación que aplique a cada una de ellas), cualquiera de las siguientes:

a) Tratándose de mexicanos:

- Credencial ADIMSS.
- Credencial para votar, expedida por el Instituto Federal Electoral.
- Cédula Profesional, expedida por la Secretaría de Educación Pública, a través de la Dirección General de Profesiones.
- Pasaporte expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores.
- Cartilla del Servicio Militar Nacional emitida por la Secretaría de la Defensa Nacional.

- Cédula de Identidad Personal emitida por la Secretaría de Gobernación.
- Documento con fotografía expedido por la Delegación o Municipio en donde reside el interesado, a través del cual se haga constar la identidad del mismo.
- Carta de naturalización.

Para menores de edad se aceptará:

- Credencial ADIMSS.
- Pasaporte expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores;
- Constancia de estudios con fotografía, expedida por institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional.
- Cédula de Identidad Personal emitida por la Secretaría de Gobernación.
- Documento con fotografía expedido por la Delegación o Municipio en donde reside el menor, a través del cual se haga constar la identidad del mismo.

b) Tratándose de extranjeros:

- Pasaporte.
- Documento migratorio expedido por las Oficinas Consulares de México en el extranjero (Visa de residencia temporal, Visa de residente temporal estudiante, Visa de residencia permanente, Visa de visitante sin permiso para realizar actividades remuneradas o Visa de visitante con permiso para realizar actividades remuneradas).
- Tarjeta de residencia, expedida por el Instituto Nacional de Migración.
- Credencial ADIMSS.
- Cédula Profesional, expedida por la Secretaría de Educación Pública, a través de la Dirección General de Profesiones.

2. Cualquier documento o medio de identificación emitido por el IMSS, el INFONAVIT o una AFORE, que contenga el Número de Seguridad Social y el nombre del asegurado o pensionado.

3. Comprobante de domicilio, siempre que su fecha de expedición no tenga una antigüedad mayor a tres meses previos a la presentación de la solicitud:

- Credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, si manifiesta vivir en el domicilio registrado en la misma;
- Boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente);
- Estado de cuenta de servicio telefónico (fijo);
- Recibo de consumo de agua;
- Recibo del servicio de Luz;
- Recibo del servicio de gas;
- Constancia de residencia emitida por la autoridad municipal, ejidal o delegacional;

4. Clave Única de Registro de Población (CURP), copia simple o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, salvo en los casos en que el solicitante tenga nacionalidad diferente a la mexicana y residan en el extranjero. También podrá aceptarse para satisfacer este requisito, la presentación de la credencial ADIMSS que contenga el dato de la CURP.

5. Estado de cuenta, impresión obtenida de la página de Internet de la AFORE que maneja la cuenta individual o contrato firmado con la AFORE, con una antigüedad no mayor a seis meses previos a la fecha de la solicitud de la pensión o de la prestación económica de que se trate, sólo si el asegurado cotizó a partir del 1 de julio de 1997.

6. Constancia de la inscripción del asegurado en el Registro Federal de Contribuyentes, con homoclave a 13 posiciones, a través de la presentación de cualquiera de los documentos siguientes:

- Constancia de inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes.
- Cédula de Identificación Fiscal.
- Comprobante de pago de salario, Estado de Cuenta de su Cuenta Individual AFORE, factura fiscal expedida a su favor, en general, cualquier documento que contenga dicho dato.

Este documento se deberá presentar por los solicitantes mayores de edad, dentro de los cinco días naturales siguientes a la notificación de la resolución a través de la cual se otorgue la pensión, sin embargo el solicitante podrá entregarlo desde el día que presente su Solicitud de Pensión, esto de conformidad con lo previsto en el artículo 109 de la Ley del Impuesto sobre la Renta.

7. Documento expedido por la institución de crédito autorizada por el Instituto, dentro de la circunscripción de que se trate, en el cual se identifique el número de cuenta y Clave Bancaria Estandarizada, a favor del solicitante para recibir el pago de la pensión.

Este documento se deberá presentar, dentro de los cinco días naturales siguientes a la elección del régimen de pensión de la Ley del Seguro Social de 1973 o de la notificación de la resolución que otorga la pensión, según sea el caso. Sin embargo, el solicitante podrá entregar dicho documento desde el día que presente su Solicitud de Pensión.

8. Cuenta Original de los gastos de funeral (factura o documento fiscal que avala el pago de los servicios funerarios de un asegurado o pensionado del IMSS que describa cualquier gasto como es el ataúd, cremación, embalsamamiento, equipo de velación, derechos del servicio de entierro o servicios de traslado y en general gastos por servicios funerarios o de velación).

9. Copia de la última liquidación de las cuotas obrero patronales.

10. Copia certificada de la Toma de Nota realizada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, respecto de la dirigencia de la organización sindical representante de los trabajadores de la empresa solicitante del convenio, en su caso.

11. Consentimiento por escrito de la dirigencia de la organización sindical representante de los trabajadores de la empresa solicitante del convenio, en su caso. De no existir representación sindical, se deberá presentar el consentimiento por escrito de los trabajadores, señalando el nombre de los mismos y su Número de Seguridad Social.

12. “Solicitud de Acreditamiento en Cuenta” (formato establecido debidamente requisitado), para que el rembolso de subsidios se realice a través de depósito en cuenta de cheques a nombre de la empresa solicitante, en la institución de crédito que indique.

13. Escrito señalando el registro patronal por el que solicita el convenio, su domicilio y el número de trabajadores relacionados con dicho registro. Si la solicitud se refiere a más de un registro patronal, deberá indicar el número de trabajadores y domicilio por cada registro. Este escrito deberá ser suscrito por el patrón o su representante legal.

14. “Carta de Acreditamiento” (formato establecido debidamente requisitado) de las personas autorizadas para recibir facturas y cheques, así como para realizar aclaraciones de reembolso de subsidios.

15. Documentos que sirvan de apoyo a su solicitud, en caso de contar con ellos (recibos de pago, contratos de trabajo, comprobantes de inscripción al Seguro Social, entre otros).

16. Documento que contenga el nombre de la institución bancaria del país extranjero, su código internacional, localidad y sucursal, así como la clave de la cuenta a nombre del pensionado en la que se hará el depósito de la pensión.

17. ST-7 Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo.

II.- EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA, QUE QUEDARÁN EN EL EXPEDIENTE:

18. Copia certificada del Acta de Nacimiento, Acta de Adopción o Reconocimiento, expedida por:

- Las oficinas o juzgados del Registro Civil de la Entidad Federativa que corresponda o del Distrito Federal.
- Las Representaciones Consulares de México.
- Gobierno Extranjero. En este caso, se debe atender a las disposiciones que sobre documentos públicos expedidos en el extranjero prevé el derecho común y los tratados internacionales.

También se aceptarán Copia certificada del Acta de Nacimiento, Reconocimiento o Adopción, expedida con firma electrónica de las autoridades administrativas nacionales, cuyas legislaciones otorguen validez a los documentos expedidos de esa forma.

La Carta de naturalización hará las veces de Acta de Nacimiento.

19. Copia certificada del Acta de Matrimonio, expedida por alguna de las autoridades siguientes:

- Las oficinas o juzgados del Registro Civil de la Entidad Federativa que corresponda o del Distrito Federal.
- Las Representaciones Consulares de México.
- Gobierno Extranjero. En este caso, se debe atender a las disposiciones que sobre documentos públicos expedidos en el extranjero provee el derecho común y los tratados internacionales.

20. Copia certificada del Acta de Divorcio, expedida por alguna de las autoridades siguientes:

- Las oficinas o juzgados del Registro Civil de la Entidad Federativa que corresponda o del Distrito Federal.
- Las Representaciones Consulares de México.
- Gobierno Extranjero. En este caso, se debe atender a las disposiciones que sobre documentos públicos expedidos en el extranjero provee el derecho común y los tratados internacionales.

Se podrá presentar copia certificada del Acta de Matrimonio con la anotación marginal de la disolución del vínculo matrimonial.

También se podrá presentar copia certificada de la resolución jurisdiccional ejecutoriada a través de la cual se acredite la disolución del vínculo matrimonial.

21. Resolución Judicial a través de la cual se acredite la disolución del concubinato.

22. Copia certificada del Acta de Defunción, expedida por:

- Las oficinas o juzgados del Registro Civil de la Entidad Federativa que corresponda o del Distrito Federal.
- Las Representaciones Consulares de México,
- Gobierno Extranjero. En este caso, se debe atender a las disposiciones que sobre documentos públicos expedidos en el extranjero provee el derecho común y los tratados internacionales.

23. Copia Certificada de la Resolución, emitida por autoridad judicial que acredite la dependencia económica.

24. Copia Certificada de la Resolución, emitida por autoridad judicial, que acredite la relación de concubinato, entre el beneficiario(ria) y el asegurado(a) o pensionado(a) fallecido(a) durante los cinco años que precedieron inmediatamente a la muerte de este(a) último(a). Tratándose de asignaciones familiares, se acreditará la relación de concubinato, entre el beneficiario(ria) y el asegurado(a) o pensionado(a) durante los cinco años que preceden inmediatamente a la solicitud de este(a) último(a).

25. Constancia o documento de los servicios de Afiliación y Vigencia de Derechos institucionales, a través de la cual se acredite que es sujeto del Régimen Obligatorio del Seguro Social.

26. Manifestación por escrito del beneficiario o su representante legal a través de la cual solicite el finiquito por no continuar estudiando en los planteles del Sistema Educativo Nacional.

27. Manifestación por escrito del(los) solicitante(s) del pago de las mensualidades no cobradas en vida por el pensionado, a través de la cual exprese(n), bajo protesta de decir verdad, que las personas que suscriben dicha manifestación son las que prevé el artículo 501 de la Ley Federal del Trabajo, mismas que se vinculan con el pensionado fallecido.

28. Copia certificada de la constancia de periodos de cotización reconocidos, expedido por los servicios de Afiliación y Vigencia de Derechos institucionales, al amparo del Anexo Técnico I del Convenio de Colaboración entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado, para el cumplimiento de lo previsto en el Título Segundo, Capítulo VIII, Sección I “De la Transferencia de Derechos entre el Instituto y el IMSS”, de la Ley del Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado.

29. Constancia de estudios que acredite su inscripción del ciclo escolar del que se trate, expedida por instituciones pertenecientes al Sistema Educativo Nacional, que de conformidad con la Ley General de Educación, son:

- Las instituciones educativas de las Entidades Federativas y del Distrito Federal y de sus organismos descentralizados.
- Las instituciones particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios, y
- Las instituciones de educación superior a las que la Ley les otorga autonomía.

Se aceptarán las constancias de estudios en el extranjero, siempre que hayan sido revalidados por las autoridades educativas federal o estatal.

La constancia deberá contener:

- Nombre completo del alumno.
- Nombre y clave de la institución educativa.
- En su caso, clave de autorización o de reconocimiento de validez oficial de estudios.
- Ciclo escolar en que está inscrito el alumno y el periodo de la vigencia del mismo incluyendo las vacaciones escolares y administrativas.
- Lugar y fecha en que se expide la constancia.
- Sello oficial de la institución educativa.
- Firma autógrafa, nombre y cargo de quien firma la constancia. Se aceptarán constancias con firma electrónica de las instituciones que de acuerdo a su normatividad puedan expedirlas y tengan la misma validez que las constancias expedidas con firma autógrafa.

30. Constancia expedida por los servicios de Afiliación Vigencia, que acredite el cambio de domicilio, la cual deriva del trámite “solicitud de cambio de unidad médica de adscripción”.

31. Constancia expedida por las representaciones Consulares mexicanas, a través de la cual se acredite el domicilio del pensionado en el país de que se trate.

32. Documento que acredite domicilio en el extranjero por autoridad administrativa o migratoria del país de que se trate, a través de la cual se acredite que el pensionado tiene su domicilio en dicho país.

33. Documento que acredite la personalidad con la que se ostente, como es alguno de los siguientes:

a) Tratándose de Apoderado Legal:

- Copia certificada del testimonio notarial a través del cual se acredite que se cuenta con poder general para actos de dominio, o bien, especial para realizar el trámite que corresponda ante el Instituto.

b) Tratándose de quienes ejercen la Patria Potestad:

- Copia certificada de Acta de Nacimiento, Acta de Adopción o Reconocimiento; del menor con derecho a alguna de las prestaciones en comento (original y copia simple), expedida por:
  - Las oficinas o juzgados del Registro Civil de la Entidad Federativa que corresponda o del Distrito Federal.
  - Las Representaciones Consulares de México.
  - Gobierno Extranjero. En este caso, se debe atender a las disposiciones que sobre documentos públicos expedidos en el extranjero provee el derecho común y los tratados internacionales.
- En su caso, copia certificada de la resolución judicial ejecutoriada, a través de la cual conste el ejercicio de la patria potestad a cargo del solicitante.

c) Tratándose de quienes ejercen la Tutela:

- Copia certificada de la resolución judicial ejecutoriada que acredite el auto de discernimiento de la tutela, o bien, copia certificada de Acta de Tutela.

34. Copia certificada del testimonio notarial por el que se acredita la constitución de la persona moral que se ostenta como patrón.

35. Documento que justifique la no comparecencia física, del pensionado, entre ellos:

Dentro de la República Mexicana:

- Nota médica o constancia expedida por los servicios médicos institucionales, que acredite el internamiento en hospitales del Instituto con antigüedad de expedición hasta de 48 horas previas a la fecha de la solicitud de comprobación de supervivencia.
- Constancia de internamiento en Centros de Readaptación Social con antigüedad de expedición hasta de 30 días naturales previos a la fecha de la solicitud de comprobación de supervivencia.
- Nota médica elaborada en visita domiciliaria por los servicios médicos institucionales que acredite el internamiento del pensionado en otros hospitales públicos o privados, o bien, que acredite que el pensionado por su condición de salud no puede acudir a comprobar supervivencia (con antigüedad de expedición hasta 48 horas previas a la fecha de la solicitud de comprobación de supervivencia).

36. Documento que justifique la no comparecencia física, del pensionado, entre ellos:

En el Extranjero:

- Constancia de “Fe de Vida”, expedida por los Consulados de México en el extranjero. Este documento se entregará a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores.
- Documento que defina el Convenio Internacional que haya suscrito México con el país de que se trate, a través del cual se acredite la supervivencia del pensionado.

El pensionado deberá solicitar al Consulado o autoridad administrativa extranjera que la constancia o documento que acredite su supervivencia contenga los siguientes datos:

- Nombre(s) apellido paterno y materno.
- Número de Seguridad Social.
- Denominación del documento con el cual se identifica.
- Domicilio.
- Fotografía reciente.
- Firma del interesado.
- Número consecutivo o de control de la constancia que se expide.
- Nombre y firma del servidor público que expide la constancia.
- Lugar y fecha en la que se expide la constancia.
- Sello oficial del Consulado o autoridad administrativa de que se trate.

37. Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3, expedido por los servicios médicos institucionales, que acredite el estado de incapacidad o defunción por riesgos de trabajo. Este documento será proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo correspondientes y quedará en el expediente.

38. Dictamen de invalidez ST-4, expedida por los servicios médicos institucionales, que acredite el estado de invalidez del asegurado. Este documento será proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo correspondientes y quedará en el expediente.

39. Dictamen de beneficiario incapacitado ST-6, expedido por los servicios médicos institucionales, que acredite que el beneficiario se encuentre totalmente incapacitado. Este documento será proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo correspondientes y quedará en el expediente.

40. Constancia de los servicios médicos institucionales a través del cual se acredite que la incapacidad que padecía el solicitante de una prestación económica, pensionado o asignatario, desapareció.

41. Constancia expedida por los servicios de Afiliación y Vigencia de Derechos, a través de la cual se acredite que el registro como beneficiario del asegurado o pensionado, se encuentra vigente al momento del fallecimiento de este último, o bien, tratándose de asignaciones familiares a la fecha de la solicitud.

TRÁMITES INSTITUCIONALES EN MATERIA DE PRESTACIONES EN DINERO

1. SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ.

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 36 del formato denominado “Solicitud de Pensión”, Forma IMSS (2) 42.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del asegurado:** 1, 2, 3, 4, 5 (este requisito es aplicable si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997 y su solicitud se refiere a invalidez con carácter definitivo), 6, 7, 18 y 38.

  Adicionalmente, en su caso, se deberá presentar los documentos que se señalan en el trámite Solicitud de Asignación Familiar, en la modalidad que corresponda, es decir esposa, concubina, hijo menor de 16 años, hijo mayor de 16 años y hasta 25 años estudiante, hijo mayor de 16 años incapacitado, ascendientes.

2. SOLICITUD DE PENSIÓN DE CESANTÍA EN EDAD AVANZADA O VEJEZ.

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción, competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 36 del formato denominado “Solicitud de Pensión”, Forma IMSS (2) 42.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del asegurado:** 1, 2, 3, 4, 5 (Este requisito es aplicable si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997), 6, 7 y 18.

  Adicionalmente, en su caso, se deberá presentar los documentos que se señalan en el trámite Solicitud de Asignación Familiar, en la modalidad que corresponda, es decir esposa, concubina, hijo menor de 16 años, hijo mayor de 16 años y hasta 25 años estudiante, hijo mayor de 16 años incapacitado, ascendientes.

3. SOLICITUD DE PENSIÓN DE VIUDEZ.

Modalidades:

A. Viuda-Esposa

B. Viuda-Concubina

C. Viudo-Esposo

D. Viudo-concubinario

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción, competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 36 del formato denominado “Solicitud de Pensión”, Forma IMSS (2) 42.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del asegurado:**

  Tratándose de asegurado fallecido: 2, 4 y 5 (este último requisito se deberá presentar si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997) 18 y 22.

  Tratándose de pensionado fallecido: 2 y 22.

- **Del beneficiario:** 1, 3, 4, 6 y 7.

  Documentos adicionales por Modalidad:

  A. Viuda-Esposa:

  - 19 (cuya fecha de expedición sea posterior a la fecha de defunción del asegurado o pensionado fallecido).

  B. Viuda-Concubina:

  - 24 o 18 en caso de que la beneficiaria y el asegurado o pensionado hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato.

  C. Viudo-Esposo:

  - 19, cuya fecha de expedición sea posterior a la fecha de defunción de la asegurada o pensionada.
  - 23, del solicitante respecto de la asegurada o pensionada fallecida, al momento del fallecimiento de ésta, o bien, 41, cuando el viudo esposo de la asegurada o pensionada, se encuentre registrado ante el Instituto como beneficiario de ésta.
  - 39, sólo tratándose del Régimen de Pensiones de la Ley del Seguro Social de 1973.

  D. Viudo-Concubinario:

  - 24 o 18, en caso de que el beneficiario y la asegurada o pensionada hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato.
  - 23 entre el beneficiario y la asegurada o pensionada fallecida al momento del fallecimiento de esta última, o bien, 41, cuando el viudo concubinario de la asegurada o pensionada, se encuentre registrado ante el Instituto como beneficiario de ésta.
  - 39, sólo tratándose del Régimen de Pensiones de la Ley del Seguro Social de 1973.

4. SOLICITUD DE PENSIÓN DE ORFANDAD.

Modalidades:

A. Hijo menor de 16 años.

B. Hijo mayor de 16 años y hasta 25 años Estudiante.

C. Hijo mayor de 16 años Incapacitado.

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción, competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 36 del formato denominado “Solicitud de Pensión”, Forma IMSS (2) 42.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del asegurado:**

  Tratándose de asegurado fallecido: 2, 4, 5 (este último requisito se deberá presentar si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997) 18 y 22.

  Tratándose de pensionado fallecido: 2 y 22.
- **Del representante legal del beneficiario, en su caso:** 1 y 33.
- **Del beneficiario:** 1, 3, 4, 6, 7 y 18.

  Documentos adicionales por Modalidad:

  A. Hijo menor de 16 años. No requiere ningún documento adicional a los mencionados.

  B. Hijo mayor de 16 años y hasta 25 años Estudiante: 29.

  C. Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 39.

5. SOLICITUD DE PENSIÓN DE ASCENDIENTES.

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción, competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 36 del formato denominado “Solicitud de Pensión”, Forma IMSS (2) 42.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del asegurado:**

  Tratándose de asegurado fallecido: 2, 4 y 5 (este último requisito se deberá presentar si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997) 18 y 22.

  Tratándose de pensionado fallecido: 2 y 22.

- **Del beneficiario:**

  - 1, 3, 4, 6, 7 y
  - 23, del solicitante respecto del asegurado o pensionado fallecido, al momento del fallecimiento de éste, o bien, 41, cuando los ascendientes del asegurado o pensionado, se encuentren registrados ante el Instituto como beneficiarios del primero.

6. SOLICITUD DE ASIGNACIÓN FAMILIAR.

Modalidades:

A. Esposa

B. Concubina

C. Hijo menor de 16 años

D. Hijo mayor de 16 años y hasta 25 años Estudiante.

E. Hijo mayor de 16 años Incapacitado.

F. Ascendiente

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles, tratándose de elección del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1973.
- 45 días hábiles, tratándose de elección del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1997.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción, competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho día hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles tratándose de elección del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1973.
- 20 días hábiles, tratándose de elección del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1997.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 36 del formato denominado “Solicitud de Pensión”, Forma IMSS (2) 42.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del beneficiario:** 1, 4, 3 y 18.

  Documentos adicionales por Modalidad:

  A. Esposa: 19.

  B. Concubina: 24 (entre la beneficiaria y el asegurado o pensionado, durante los cinco años que precedieron al trámite) ó 18, en caso de que la beneficiaria y el asegurado hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato.

  C. Hijo menor de 16 años. No se presentará documento adicional.

  D. Hijo mayor de 16 años y hasta 25 años Estudiante: 29.

  E. Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 39.

  F. Ascendiente: 23, del solicitante respecto del asegurado o pensionado fallecido, al momento del fallecimiento de éste, o bien, 41, cuando los ascendientes del asegurado o pensionado, se encuentren registrados ante el Instituto como beneficiarios del primero.

7. SOLICITUD DE PENSIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE.

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción, competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 36, del formato denominado “Solicitud de Pensión”, Forma IMSS (2) 42.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del asegurado:** 1, 2, 3, 4, 5 (este requisito es aplicable si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997 y si su solicitud se refiere a incapacidad con carácter permanente), 6, 7 y 18.

  Tratándose de Incapacidad Permanente Total, en su caso, se deberá presentar los documentos que se señalan en el trámite Solicitud de Asignación Familiar, en la modalidad que corresponda, es decir, esposa, concubina, hijo menor de 16 años, hijo mayor de 16 años y hasta 25 años estudiante, hijo mayor de 16 años incapacitado o ascendientes.

8. SOLICITUD DE PENSIÓN DE RETIRO.

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles, tratándose de elección del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1997.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción, competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 36, del formato denominado “Solicitud de Pensión”, Forma IMSS (2) 42.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del asegurado:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 18.

9. SOLICITUD DE PENSIÓN DE RETIRO, CESANTÍA EN EDAD AVANZADA O VEJEZ A TRAVÉS DE TRANSFERENCIA DE DERECHOS IMSS-ISSSTE.

Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud:

- 12 días hábiles. La resolución se notificará en día hábil.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción, competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 8 días hábiles. La resolución se notificará en día hábil.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 36, del formato denominado “Solicitud de Pensión”, Forma IMSS (2) 42.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del asegurado:** 1, 2, 3, 4, 5 (este requisito es aplicable si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997), 6, 7, 18 y 28.

  Tratándose de Cesantía en Edad Avanzada o Vejez, en su caso, se deberá presentar además, los documentos que se señalan en el trámite Solicitud de Asignación Familiar, en la modalidad que corresponda, es decir, esposa, concubina, hijo menor de 16 años, hijo mayor de 16 años y hasta 25 años estudiante, hijo mayor de 16 años incapacitado o ascendientes.

10. SOLICITUD DE CAMBIO DE DOMICILIO PARA PAGO DE PENSIÓN.

Modalidades:

A. Pago de pensión por cambio de domicilio dentro de la República Mexicana.

B. Pago de pensión por traslado de domicilio en el extranjero.

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción, competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 25, del formato denominado “Solicitud de cambio de domicilio para pago de pensión”.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del pensionado**: 1 y 2.
- **Adicionales por modalidad:**

A) Pago de pensión por cambio de domicilio dentro de la República Mexicana: 3 y 30.

Derivado del cambio de domicilio a una nueva circunscripción del Instituto, existe la posibilidad de que el pensionado deba cambiar de esquema de pago de pensión, o bien, de institución bancaria en la que se deposita las mensualidades de su pensión.

B) Pago de pensión por traslado de domicilio en el extranjero:

- **Tratándose de mexicanos:** 31.

En su caso, documento que contenga el nombre de la institución bancaria del país extranjero, su código internacional, localidad y sucursal, así como la clave de la cuenta a nombre del pensionado en la que se hará el depósito de la pensión.

- **Tratándose de extranjeros:** 32.

En su caso, documento que contenga el nombre de la institución bancaria del país extranjero, su código internacional, localidad y sucursal, así como la clave de la cuenta a nombre del pensionado en la que se hará el depósito de la pensión.

Cuando el pensionado traslade su domicilio al extranjero, podrá continuar recibiendo su pensión mientras dure su ausencia, a través de dos modalidades:

a) Por Convenio Internacional suscrito entre México y el país donde traslade su domicilio, si el pago de su pensión pueda considerarse dentro del mismo.

b) Depósito en cuenta en la institución bancaria en que determine el pensionado, en cuyo caso los gastos administrativos correrán por cuenta del pensionado.

11. SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN POR FINIQUITO.

Modalidades:

A. Finiquito por contraer nuevas nupcias.

B. Finiquito de hijo huérfano por cumplir supuestos de Ley.

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción, competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 23, del formato denominado “Solicitud de modificación de pensión por finiquito”.

Documentos

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del pensionado:** 1 y 2.
- **Adicionales por modalidad:**

  A) Finiquito por contraer nuevas nupcias:

  - 19. Tratándose de pensionada viuda o concubina bajo el Régimen de pensión en la Ley del Seguro Social 1973 y pensionado(a) viudo(a) esposa(o) o concubina(rio) bajo el Régimen de pensión en la Ley del Seguro Social de 1997.

  B) Finiquito de hijo huérfano por cumplir supuestos de Ley:

  Aplica sólo para pensiones de elección del Régimen de la Ley del Seguro Social de 1973.

  - **Del representante legal del beneficiario, en su caso:** 1 y 33.
  - **Del pensionado:** 25 ó 26 ó 40 de acuerdo al supuesto que corresponda.

12. SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN POR HECHOS QUE INCIDEN EN EL CÁLCULO, EN EL MONTO DEL PAGO DE LA MISMA O CORRECCIÓN DE NOMBRE.

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 22 días hábiles, tratándose de elección del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1973.
- 45 días hábiles, tratándose de elección del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1997. La resolución se entregará en día hábil.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción, competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 12 días hábiles tratándose de elección del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1973.
- 20 días hábiles, tratándose de elección del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1997.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 19, del formato denominado "Solicitud de modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo, en el monto del pago de la misma o corrección de nombre".

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

- **Del pensionado:** 1, 2, 15 y en su caso 6.

Este trámite, se refiere a Aclaraciones relativas a:

i. Semanas de Cotización;

ii. Salario Base de Cotización;

iii. Calificación de Riesgos de Trabajo;

iv. Porcentaje de Valuación Médica;

v. Inexistencia del Estado de Invalidez;

vi. Reingreso al Régimen Obligatorio al Seguro Social (Régimen del Seguro Social 1973), y

vii. Fecha de inicio del Estado de Invalidez o de la Incapacidad Permanente para el trabajo.

viii. Errores aritméticos o informáticos.

ix. Errores en el nombre.

13. SOLICITUD PARA ACREDITAR A TERCERO PARA EL COBRO DE PENSIÓN.

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción, competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 18, del formato denominado "Solicitud para acreditar a tercero para el cobro de pensión".

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

- **Del pensionado:** 1 y 2.
- **Del representante legal del pensionado, en su caso:** 1, 3 y 33, este último de acuerdo al supuesto que corresponda.

Tratándose de incapacidad natural y/o legal de los pensionarios o asignatarios, éstos pueden ejercitar sus derechos por medio de sus representantes.

Tienen incapacidad natural y legal: los menores de edad y los mayores de edad disminuidos o perturbados en su inteligencia, aunque tengan intervalos lúcidos; y aquellos que padezcan alguna afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico o sensorial o por la adicción a sustancias tóxicas como el alcohol, los psicotrópicos o los estupefacientes; siempre que debido a la limitación, o a la alteración en la inteligencia que esto les provoque no puedan gobernarse y obligarse por sí mismos, o manifestar su voluntad por algún medio.

14. SOLICITUD PARA EL PAGO DE MENSUALIDADES NO COBRADAS O RECLAMO DE DIFERENCIAS RELATIVAS A LA PENSIÓN.

Modalidades:

A. Por el pensionado.

B. Por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado.

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

Este trámite aplica a las pensiones de elección del régimen de pensión de la Ley del Seguro Social de 1973.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción, competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 21, del formato denominado “Solicitud para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión”.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

A. Por el pensionado:

- **Del pensionado:** 1, 2 y 6.

B. Por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado:

- **Del pensionado:** 2 y 22.

  En este supuesto el pago de las diferencias o las mensualidades no cobradas en vida del pensionado, se entregarán a las personas que prevé el artículo 501 de la Ley Federal del Trabajo.

- **Del solicitante:** 1, 3, 4 y 27.

  Adicionales por modalidad:

  - **De la viuda:** 19.
  - **Del viudo:** 19, 23 y 39. Tendrá derecho a recibir las mensualidades el viudo que hubiese dependido económicamente de la pensionada y que tenga una incapacidad del cincuenta por ciento o más.
  - **Hijos menores de dieciséis años:** 18.
  - **Hijos mayores de dieciséis años con incapacidad de cincuenta por ciento o más**: 18 y 39. Tendrá derecho a recibir las mensualidades si tiene una incapacidad del cincuenta por ciento o más.
  - **Ascendientes que dependían económicamente del pensionado:** 18 (del pensionado) y 23 (del solicitante respecto del asegurado, este requisito no será obligatorio, cuando los ascendientes se encuentren registrados por el Instituto como beneficiarios del asegurado o pensionado, sólo se pedirá copia simple de la Cartilla de Salud y Citas Médicas).
  - **Concubina:** 24.
  - **Las personas que dependían económicamente del pensionado:** 23.

15. SOLICITUD DE PRÓRROGA PARA EL PAGO DE PENSIÓN DE ORFANDAD O DE ASIGNACIÓN FAMILIAR POR CONTINUACIÓN DE ESTUDIOS DE HIJO MAYOR DE DIECISÉIS AÑOS.

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción, competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 20, del formato denominado “Solicitud de prórroga para el pago de pensión de orfandad o de asignación familiar por continuación de estudios de hijo mayor de dieciséis años”.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del asignatario o pensionado:** 1, 2 y 29.

El pago de la pensión o asignación familiar se realizará de forma mensual y comprenderá el período que acredite la constancia de estudios, incluyendo las vacaciones escolares y administrativas de la institución educativa de que se trate.

Cuando los beneficiarios hayan alcanzado los dieciséis años de edad y no continuaren estudios dentro del Sistema Educativo Nacional, o bien, hayan alcanzado una edad mayor a está y hasta los veinticinco años, habiendo realizado estudios prorrogándose el goce de la pensión y dejaren de realizar estudios dentro del Sistema Educativo Nacional, cesará su derecho al goce de la pensión y serán acreedores al pago de un finiquito equivalente a tres mensualidades de la pensión. En este sentido, deberán realizar el trámite de Solicitud de Modificación de Pensión por Finiquito modalidad B) Finiquito de hijo huérfano por cumplir supuestos de Ley.

16. SOLICITUD DE PAGO DE PENSIÓN A TRAVÉS DE ACREDITAMIENTO EN CUENTA.

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción, competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 25, del formato denominado “Solicitud de pago de pensión a través de acreditamiento en cuenta”.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del pensionado:** 1, 2 y 7.

Este trámite se podrá realizar en los supuestos siguientes: Cambio de esquema de pago físico o cambio de institución de crédito dentro del esquema de acreditamiento en cuenta.

17. SOLICITUD PARA PRÉSTAMO A CUENTA DE PENSIÓN DEL RÉGIMEN DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL 1973

Plazo máximo de la resolución:

- El mismo día en que se presenta la solicitud.

Plazo de prevención:

- No aplica.

Vigencia de la resolución:

- Temporal, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Este trámite aplica a las pensiones otorgadas conforme a la Ley del Seguro Social de 1973. No se otorgarán préstamos a cuenta de pensión a los titulares de las pensiones alimenticias, por Incapacidad Permanente (provisional) e Invalidez (temporal).

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 17, del formato denominado “Solicitud para préstamo a cuenta de pensión de régimen de la Ley del Seguro Social 1973”.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del pensionado:** 1 y 2.

Los préstamos a cuenta de pensión otorgados por las entidades financieras a los pensionados de los regímenes de la Ley del Seguro Social 1973 y 1997, a que se refiere el artículo 118, en correlación con el artículo vigésimo noveno transitorio, de la Ley del Seguro Social (Reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación del 28 de mayo de 2012), se tramitarán en la forma y términos previstos en el convenio que dichas entidades financieras hayan celebrado con el Instituto, debiendo el pensionado otorgar su consentimiento expreso para que este Instituto descuente de la pensión que le corresponda los importes relativos al pago del préstamo y los entregue a la entidad financiera que lo otorgó.

18. SOLICITUD PARA COMPROBACIÓN DE SUPERVIVENCIA.

Modalidades:

A. Presencial.

B. No presencial, dentro de la República Mexicana.

C. No presencial, desde el extranjero.

Plazo máximo de la resolución:

A. Presencial. El mismo día en que se presenta el pensionado a comprobar la supervivencia.

B. No presencial, dentro de la República Mexicana. 12 días hábiles posteriores a partir del día en que se presenta la documentación que acredite la supervivencia del pensionado.

C. No presencial, desde el extranjero. 12 días hábiles posteriores a partir del día en que se reciba la documentación que acredite la supervivencia del pensionado, por los Consulados de México en el extranjero, a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores, o bien, de acuerdo a lo establecido en los Convenios Internacionales que haya suscrito el Estado Mexicano para el pago de pensiones.

Plazo de prevención:

A. **Presencial:** No aplica.

B. **No presencial, dentro de la República Mexicana:** Ocho días hábiles.

C. **No presencial, desde el extranjero:** Ocho días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Semestral o la que determine el Consejo Técnico del Instituto.

Documentos por Modalidad:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

A. **Presencial:**

- **Del pensionado:** 1 y 2.

B. **No presencial, dentro de la República Mexicana:**

- **De la persona que solicite se acredite la supervivencia del pensionado**: 1.
- **Del pensionado:** 1, 2 y 35.

C. **No presencial, desde el extranjero:**

- **Del pensionado:** 36.

La comprobación de supervivencia, no deberá exceder de seis meses a partir de la última fecha de comprobación o bien, del período que se determine por el Consejo Técnico del Instituto.

Al realizar la comprobación de supervivencia, se entregará un comprobante al pensionado, o al solicitante, o a su representante, o a la Secretaría de Relaciones Exteriores, según corresponda, a través del cual se comunicará la fecha máxima en que se deberá realizar la siguiente comprobación de supervivencia.

La vigencia de las constancias emitidas por los servicios Consulares, no deberá exceder de cuarenta y cinco días naturales entre la fecha de expedición y su recepción por el Instituto.

19. SOLICITUD DE AYUDA PARA GASTOS DE MATRIMONIO.

Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud:

- 12 días hábiles.

Plazo de prevención:

- No aplica.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que le dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 19, del formato denominado "Solicitud de ayuda para gastos de matrimonio".

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

Del asegurado:

- 1. 2, 19 (la copia certificada que se presente de este documento se devolverá al interesado una vez cotejada la copia simple que adjunte; puede ser de cualquier fecha de expedición), 5 (sólo se presenta en copia simple) y 4, este último documento no es obligatorio para este trámite.
- Si el asegurado tiene registrado ante el Instituto, como su beneficiario a otro cónyuge deberá exhibir cualquiera de los documentos siguientes según se trate: 22 (del cónyuge beneficiario) y 20.

El asegurado sólo podrá ejercer este derecho por una sola vez. No tendrá derecho por los posteriores matrimonios que contraiga.

Es obligación del asegurado mantener actualizado el registro de sus beneficiarios legales, por lo que de tener registrado a otro cónyuge, concubina o concubinario, deberá dar aviso a los servicios de Afiliación y Vigencia de Derechos a través del trámite correspondiente, del registro del cónyuge por el que solicita la ayuda para gastos de matrimonio.

20. SOLICITUD DE AYUDA PARA GASTOS DE FUNERAL.

Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud:

- 12 días hábiles.

Plazo de prevención:

- No aplica.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que le dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 24 del formato denominado “Solicitud de ayuda para gastos de funeral”.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del solicitante:** 1.
- **Del asegurado o pensionado:**
  - 2, 22 (la copia certificada que se presente de este documento se devolverá al interesado una vez cotejada la copia simple que adjunte), 8 y 4, este último documento no es obligatorio para este trámite). Tratándose de fallecimiento de un asegurado por Riesgo de Trabajo, además se deberá presentar: 17.

21. SOLICITUD DE CELEBRACIÓN DE CONVENIO DE PAGO INDIRECTO Y REEMBOLSO DE SUBSIDIOS.

Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud:

- 20 días hábiles.

Plazo de prevención:

No aplica

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que le dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 18, del formato denominado “Solicitud de celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios”.

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- “Solicitud de celebración de Convenio” (formato establecido), en original y copia.
- **Tratándose de patrón persona física:** 1, 9, 10, 11, 12, 13 y 14.
- **Tratándose de patrón persona moral:** 1 y en su caso 33 (del Representante legal), 34, 9, 10, 11, 12, 13 y 14.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

ANEXO "B"

Anexo que comprende los formatos y sus instructivos de llenado que respaldan los trámites correspondientes a las prestaciones en dinero previstas en la Ley del Seguro Social, mismos que forman parte del presente Acuerdo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

DELEGACIÓN **(1)**
SUBDELEGACIÓN **(2)**
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

IMSS

FORMA IMSS (2) (42)

Delegación **(3)** Subdelegación **(4)** Unidad Receptora **(5)**	FOLIO No. **(6)**	**SOLICITUD DE PENSIÓN**

I. DATOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO

(7)	**(8)**	M ( ) F ( ) **(9)**	**(10)**	**(11)**
C.U.R.P.	Número de Seguridad Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha de Defunción

(12)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

(13)	**(14)**	**(15)**
Estado Civil	AFORE (Nombre)	R.F.C. con Homoclave

II. TIPO DE TRÁMITE QUE SOLICITA (16)

Invalidez ( )	Retiro ( )	Incapacidad Permanente ( )
Cesantía en Edad Avanzada ( )	Viudez ( )	Ascendientes ( )
Vejez ( )	Orfandad ( )	

a) Solicita Asignación Familiar. SI ( ) NO ( )
b) Solicita Portabilidad IMSS – ISSSTE. SI ( ) NO ( )
c) En caso de tratarse de Incapacidad Permanente con valuación de hasta el 25% procederá como forma de pago la Indemnización Global (I.G.); si la valuación es mayor al 50% corresponderá invariablemente el pago de una pensión, en caso de que el porcentaje de valuación sea mayor al 25% y hasta el 50% podrá optar entre Indemnización Global o Pensión y no procederá modificar la forma de pago una vez elegido (art. 58 fracción III).
d) Si la valuación es mayor a 25% y hasta 50% elijo como forma de pago:
Indemnización Global ( ) Pensión ( )

Manifestaciones: **(17)**

1. Solicito pensión considerando beneficios del Convenio suscrito con: España ( ) Canadá ( )
2. Firma otra persona a su ruego: SI ( ) NO ( )

Nombre completo _____ Identificación _____ No. ó Clave_____
Domicilio _____

III. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS LEGALES DEL ASEGURADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Sexo	CURP
(18)	**(18)**	**(18)**	**(19)**	**(20)**	**(21)**	**(22)**

Bajo protesta de decir verdad, hago constar que el (los) beneficiario(s) hijo(s) de 16 a 25 años, no desempeña(n) trabajo sujeto al Régimen Obligatorio del Seguro Social.

IV. DATOS DEL SOLICITANTE

(23)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

(24)	**(24)**
Domicilio Calle y No.	Colonia

(24)	**(24)**	**(25)**	**(26)**
C.P.	Ciudad o Entidad	Correo Electrónico	Teléfono

V. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

(27)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

(28)	**(29)**	**(30)**
Identificación	Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición	Teléfono

VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO (31)		
IDENTIFICACIÓN OFICIAL ( )	DOCUMENTO DE AFORE ( )	ACTA DE DIVORCIO ( )
DOCUMENTO CON NSS ( )	R.F.C. ( )	ACTA DE DEFUNCIÓN ( )
COMPROBANTE DE DOMICILIO ( )	DOCUMENTO EXPEDIDO POR LA INSTITUCIÓN DE CREDITO AUTORIZADA POR EL IMSS PARA PAGO DE PENSIÓN ( )	CONSTANCIA DE PERÍODOS DE COTIZACIÓN RECONOCIDOS IMSS-ISSSTE ( )
C.U.R.P. ( )	ACTA DE NACIMIENTO ( )	DICTAMEN ST-3 ( )
DICTAMEN ST-4 ( )		

VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO (32)		
IDENTIFICACIÓN OFICIAL ( )	ACTA DE NACIMIENTO ( )	DICTAMEN ST-6 ( )
COMPROBANTE DE DOMICILIO ( )	ACTA DE MATRIMONIO ( )	CONSTANCIA VIGENTE DE REGISTRO DE BENEFICIARIO ASCENDIENTE/CÓNYUGE ESPOSO Ó CONCUBINARIO ( )
C.U.R.P. ( )	RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA DEPENDENCIA ECONÓMICA ( )	OTROS: ( )
R.F.C. ( )	RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA RELACIÓN DEL CONCUBINATO ( )	
DOCUMENTO EXPEDIDO POR LA INSTITUCIÓN DE CREDITO AUTORIZADA POR EL IMSS PARA PAGO DE PENSIÓN ( )	CONSTANCIAS DE ESTUDIO ( )	

VIII. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL (33)		
IDENTIFICACIÓN OFICIAL ( )	DOCUMENTO QUE ACREDITE LA PERSONALIDAD QUE OSTENTE ( )	

Observaciones

1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.
2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicito el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución de pensión.
3. El Solicitante deberá acudir a la Unidad Receptora donde presentó su trámite, en la fecha que se le indique, a efecto de realizar la elección de régimen de pensión y/o aseguradora, según corresponda.
4. En caso de tener una resolución positiva de otorgamiento de pensión, para el pago de la misma, a través del Instituto, el pensionado deberá presentar documento expedido por la institución de crédito con la cual tenga celebrado convenio el Instituto, en el cual se identifique el Número de Cuenta y Clave Bancaria Estandarizada. El solicitante podrá entregar dicho documento desde el día que presente esta solicitud.
5. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23.

Elaboró **(34)**	**(35)**	Autorizo al IMSS para que emita documentos utilizando la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) de la autoridad responsable, de conformidad al Acuerdo 454/04 del H. Consejo Técnico de fecha 22 de septiembre de 2004. **(36)**
Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello	Firma o huella digital del Solicitante

Documento para uso exclusivo del IMSS. Clave: 3300-009-022

Nombre de la Forma:		Solicitud de pensión Forma IMSS (2) 42.
Clave:		3300-009-022
Objetivo:		Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite de la pensión solicitada: Incapacidad Permanente, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada, Vejez, Retiro, Viudez, Orfandad y Ascendientes.
Elaborado por:		Servicio de Prestaciones Económicas y/o el solicitante personalmente en forma mecanográfica o impresa, la firma o huella se pondrá hasta que sea entregado el formato y documentos en presencia de personal de los Servicios de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar (U.M.F.) de adscripción que corresponda.
Número de Tantos:		Original y 2 copias.
Distribución:		Original: Expediente de pensión. 1a. Copia: Afiliación y Vigencia de Derechos. 2a. Copia: Solicitante.
No.	**DATO**	**ANOTAR**
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación:	Clave identificadora de la Delegación.
4	Subdelegación:	Clave identificadora de la Subdelegación.
5	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
6	Folio:	Número consecutivo asignado a la solicitud.
I. DATOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO		
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
9	Sexo:	“M” para masculino y “F” para femenino.
10	Fecha de Nacimiento:	Con número arábigo día, mes y año de la fecha de nacimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
11	Fecha de Defunción:	Con número arábigo día, mes y año, de la fecha de fallecimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
12	Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) completo del asegurado y/o pensionado.
13	Estado Civil:	Estado civil del asegurado y/o pensionado, que se debe acreditar legalmente.
14	AFORE (Nombre):	Nombre de la AFORE que maneja la cuenta individual del asegurado.
15	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
II. TIPO DE TRÁMITE QUE SOLICITA		
16	Tipo de Trámite:	Una “X” en el casillero que señale el tipo de trámite solicitada de acuerdo con los datos consignados.
17	Manifestaciones:	Una “X” en el casillero de conformidad a lo que manifieste el solicitante. 1. Solicito pensión considerando beneficios del Convenio suscrito con: España ( ) Canadá ( ) 2. Firma otra persona a su ruego: Sí ( ) No ( ) Nombre completo, Identificación, No. o Clave y Domicilio.

III. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS LEGALES DEL ASEGURADO		
18	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) de cada uno de los beneficiarios aunque no tengan derecho a pago por asignación familiar. En este caso deberá anotar a la esposa(o), hijos menores de edad, o en su caso concubina(rio) y ascendientes (padres).
19	Fecha nacimiento:	Con número arábigo día y año, con letra el mes de la fecha de nacimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
20	Parentesco:	Vínculo familiar que existe (existió) entre el asegurado y beneficiario(s) que comprueben su derecho al pago de la prestación.
21	Sexo:	“M” para masculino y “F” para femenino.
22	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
IV. DATOS DEL SOLICITANTE		
23	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona que se presenta a suscribir la solicitud.
24	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	Ubicación del domicilio del solicitante de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio.
25	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.
26	Teléfono:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular).
V. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL		
27	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del representante legal.
28	Identificación:	Documento con el que acredite su persona.
29	Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición:	Número del poder, fecha de emisión y lugar de expedición.
30	Teléfono:	Número telefónico donde se pueda localizar al representante legal (no celular).
VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO		
31	Documentación adjunta:	Una “X”, en el casillero que corresponda a los documentos entregados por el asegurado y/o pensionado del trámite respectivo.
VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO		
32	Documentación adjunta:	Una “X”, en el casillero que corresponda a los documentos entregados por el solicitante y/o beneficiario del trámite respectivo.
VIII. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL		
33	Documentación adjunta:	Una “X”, en el casillero que corresponda a los documentos entregados por el representante legal del trámite respectivo.
34	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de pensión y documentos probatorios en la Unidad Receptora.
35	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, así como fecha de elaboración (día, mes y año) y sello de la dependencia, la fecha deberá coincidir.
36	Firma o huella digital del Solicitante:	Nombre completo del solicitante y firma o huella digital, la firma o huella se deberá asentar, hasta que el formato y documentos hayan sido revisados por el empleado Responsable de recibir el trámite y en presencia de éste.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN **(1)**
SUBDELEGACIÓN **(2)**
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Delegación **(3)** Subdelegación **(3)** Unidad Receptora **(3)**	FOLIO No. **(4)**	**SOLICITUD DE CAMBIO DE DOMICILIO PARA PAGO DE PENSIÓN**

I. DATOS DEL PENSIONADO

	(5)	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
(6)	**(7)**	
Número de Seguridad Social	C.U.R.P.	

II. DATOS DEL SOLICITANTE

	(8)		
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombre(s)
(9)			**(9)**
Domicilio: Calle y Número Int. Ext.			Colonia
(9)	**(9)**	**(10)**	**(10)**
C.P.	Ciudad o Entidad	Teléfono	Correo Electrónico

III. DATOS DE LA PENSIÓN

(11)	**(12)**
Régimen	Rama
(13)	**(14)**
Tipo de Pensión	Grupo Familiar

IV. DATOS PARA EL TRÁMITE SOLICITADO

Por medio del presente proporciono los siguientes datos de mi nuevo domicilio:
(15)

Por lo anterior solicito el trámite para:

(16) ☐ **Pago de pensión por cambio de domicilio dentro de la República Mexicana**

Doy por asentado que debo presentarme en el Control de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar de adscripción correspondiente a mi nuevo domicilio, para que se me ratifiquen los bancos con convenio que actualmente maneja el acreditamiento en cuenta en la Delegación de destino para suscribir nuevo contrato, en su caso:

ACREDITAMIENTO EN CUENTA ACTUAL:
Banco: **(17)**
Última mensualidad cobrada: **(18)**

(19) ☐ **Pago de pensión por traslado de domicilio en el extranjero**

Con fundamento en el artículo 117 de la Ley del Seguro Social vigente me permito informar al IMSS que trasladaré mi domicilio al extranjero y que estoy enterado que podré recibir mi pensión mientras dure mi ausencia, conforme a lo dispuesto por convenio internacional o de no existir éste, acepto que los gastos administrativos de traslado de fondos que genere el pago de mi pensión corran por mi cuenta. Asimismo estoy enterado de que deberé presentarme en la Embajada y/o Consulado máximo cada seis meses para comprobar Supervivencia y que deberé enviar el Certificado de Supervivencia (constancia de supervivencia o fe de vida) al domicilio que me indique el IMSS.

País **(20)** teléfono en el extranjero (con clave lada) **(21)**
Nombre de la institución bancaria en el extranjero **(22)**
Sucursal **(22)** Localidad **(22)**
Código internacional **(22)** Clave de la cuenta a nombre del pensionado **(22)**

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (23)

DEL PENSIONADO:		**EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:**	
Identificación Oficial	( )	Identificación Oficial	( )
Documento con NSS	( )	Documento que acredite la personalidad que ostente	( )
Comprobante de domicilio	( )	Otros (Describir)	( )
Constancia expedida por los servicios de Afiliación Vigencia	( )		
Documento que acredite domicilio en el extranjero	( )		
Constancia expedida por las representaciones consulares mexicanas	( )		

VI. OBSERVACIONES (24)

1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.
2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicitó el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución.
3. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D.F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23.

(25)
Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró		Pago IMSS ☐ **(28)** Autorizó	Pago Aseguradora ☐ **(28)** Revisó
(26) Matrícula, Nombre y Firma	**(27)** Lugar, Fecha y Sello	**(28)** Matrícula, Nombre, Firma y Cargo	

Documento para uso exclusivo del IMSS.

Nombre de la forma:		Solicitud de cambio de domicilio para pago de pensión.
Objetivo:		Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite por cambio de domicilio para pago de pensión.
Elaborado por:		Servicio de Prestaciones Económicas.
Número de tantos:		Original y dos tantos.
Distribución:		Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.
INSTRUCTIVO DE LLENADO		
No.	**DATO**	**ANOTAR**
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
4	Folio:	Número progresivo asignado a la solicitud.
I. DATOS DEL PENSIONADO		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del pensionado.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
II. DATOS DEL SOLICITANTE		
8	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante.
9	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	Ubicación del domicilio del solicitante.
10	Teléfono y Correo Electrónico :	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular), así como correo electrónico, en su caso.
III. DATOS DE LA PENSIÓN (Datos que deberán ser llenados por el Departamento de Pensiones Subdelegacional)		
11	Régimen:	Clave del régimen de la Ley del Seguro Social en el que se otorgó la pensión al asegurado o a sus beneficiarios. Deberá anotar el tipo de régimen que corresponde al trámite solicitado.
12	Rama:	Clave y nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión.
13	Tipo de pensión:	Nombre de la pensión otorgada.
14	Grupo familiar:	Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado.

IV. DATOS PARA EL TRÁMITE SOLICITADO		
15	Por medio del presente proporciono los siguientes datos de mi nuevo domicilio:	Calle, número exterior e interior en su caso, colonia, delegación, código postal, ciudad o entidad federativa actual, del nuevo domicilio del pensionado o beneficiario, o del domicilio que tendrá en el extranjero.
16	Pago de pensión por cambio de domicilio dentro de la República Mexicana:	Una “X” en el casillero si el trámite solicitado es pago de pensión por cambio de domicilio dentro de la República Mexicana.
17	Banco:	De conformidad al “ACREDITAMIENTO EN CUENTA ACTUAL”: Nombre del banco que contrató la cuenta bancaria.
18	Última mensualidad cobrada:	De conformidad al “ACREDITAMIENTO EN CUENTA ACTUAL”: El último mes cobrado de la pensión.
19	Pago de pensión por traslado de domicilio en el extranjero:	Una “X” en el casillero si el trámite solicitado es pago de pensión cuando el pensionado cambie de domicilio en el extranjero.
20	País:	Nombre del país donde residirá el pensionado.
21	Teléfono en el extranjero (con clave lada):	Número telefónico con clave lada donde se pueda localizar al pensionado en el extranjero (no celular).
22	Nombre de la Institución Bancaria en el extranjero:	Nombre de la Institución Bancaria en el extranjero, sucursal, localidad, código internacional, clave de la cuenta del pensionado en la que se efectuará el depósito de la pensión.
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS		
23	Documentos adjuntos:	Una “X” en el o los casillero(s) que señale(n) el (los) documento(s) entregado(s) por el solicitante, que sustenta(n) el (los) trámite(s) de la prestación económica. Cuando marque otros deberá describir con claridad y precisión en el campo de OBSERVACIONES, el nombre del (de los) documento(s) que entrega el solicitante para comprobar sus derechos.
VI. OBSERVACIONES		
24	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
25	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
26	Elaboró: Matrícula, Nombre y firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la Solicitud de Modificación de Pensión y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
27	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
28	Autorizó o Revisó: Matrícula, Nombre, Firma y Cargo:	Una “X” en el casillero que señale la forma del pago ( ) Pago IMSS ( ) Pago Aseguradora. Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN **(1)**

SUBDELEGACIÓN **(2)**

JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Delegación **(3)** Subdelegación **(3)** Unidad Receptora **(3)**	FOLIO No. **(4)**	**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN POR FINIQUITO**

I. DATOS DEL PENSIONADO

	(5)	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
(6)	**(7)**	
Número de Seguridad Social	C.U.R.P.	

II. DATOS DEL SOLICITANTE

	(8)		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
(9)		**(9)**	
Domicilio: Calle y Número Int. Ext.		Colonia	
(9)	**(9)**	**(10)**	**(10)**
C.P.	Ciudad o Entidad	Teléfono	Correo Electrónico

III. DATOS DE LA PENSIÓN

(11)	**(12)**
Régimen	Rama
(13)	**(14)**
Tipo de Pensión	Grupo Familiar

IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO

Por medio del presente solicito el trámite para:

(15) ☐ **Finiquito por contraer nuevas nupcias:**

Fecha de matrimonio: **(16)** día mes año

(17) ☐ **Finiquito de hijo huérfano por cumplir supuestos de Ley:**

Datos del huérfano:

Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s)): **(18)**

Fecha de nacimiento: **(19)** día mes año

(20) Supuestos de Ley:

- No continuar estudiando en el Sistema Educativo Nacional ( )
- Ser sujeto del Régimen Obligatorio ( )
- Haber desaparecido la incapacidad ( )

Lo anterior, para finiquitar la pensión que percibo conforme a la Ley del Seguro Social, en el entendido de que se extinguirán con este pago todos los derechos provenientes de los seguros de Riesgo de Trabajo o Invalidez y Vida, según sea el caso.

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (21)

DEL PENSIONADO:		**EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:**	
Identificación Oficial	( )	Identificación Oficial	( )
Documento con NSS	( )	Documento que acredite la personalidad que ostente	( )
Copia certificada de Acta de Matrimonio	( )	Otros (Describir)	( )
Constancia de Afiliación y Vigencia que acredite que es sujeto del Régimen Obligatorio	( )		
Constancia de Servicios Médicos que acredite que la incapacidad desapareció	( )		
Manifestación del beneficiario por el que señala que no continuará estudiando en el Sistema Educativo Nacional	( )		

VI. OBSERVACIONES (22)

1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.
2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicitó el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución.
3. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D.F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23.

(23)
Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró		Pago IMSS ☐ **(26)** Autorizó	Pago Aseguradora ☐ **(26)** Revisó
(24) Matrícula, Nombre y Firma	**(25)** Lugar, Fecha y Sello	**(26)** Matrícula, Nombre, Firma y Cargo	

Documento para uso exclusivo del IMSS.

Nombre de la forma:	Solicitud de modificación de pensión por finiquito.
Objetivo:	Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite por modificación de pensión por finiquito.
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.
Número de tantos:	Original y dos tantos.
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
4	Folio:	Número progresivo asignado a la solicitud.
	I. DATOS DEL PENSIONADO	
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) del pensionado.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
	II. DATOS DEL SOLICITANTE	
8	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante.
9	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	Ubicación del domicilio del solicitante.
10	Teléfono y Correo Electrónico :	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular), así como correo electrónico, en su caso.
	III. DATOS DE LA PENSIÓN (Datos que deberán ser llenados por el Departamento de Pensiones Subdelegacional)	
11	Régimen:	Clave del régimen de la Ley del Seguro Social en el que se otorgó la pensión al asegurado o a sus beneficiarios. Deberá anotar el tipo de régimen que corresponde al trámite solicitado.
12	Rama:	Clave y nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste.

13	Tipo de pensión:	Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario.
14	Grupo familiar:	Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado.
IV. DATOS PARA EL TRÁMITE SOLICITADO		
15	Finiquito por contraer nuevas nupcias:	Una “X” en el casillero si el trámite solicitado es finiquito por contraer nuevas nupcias o entrar concubinato.
16	Fecha del matrimonio:	Con número arábigo día y año, con letra el mes de la fecha del nuevo matrimonio. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
17	Finiquito de hijo huérfano por cumplir supuestos de Ley:	Una “X” en el casillero si el trámite solicitado es finiquito de hijo huérfano por cumplir supuestos de Ley.
18	Datos del huérfano: Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s)):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del huérfano por cumplir 16 años o supuestos de Ley.
19	Fecha de nacimiento:	Con número arábigo día y año, con letra el mes de la fecha de nacimiento del huérfano. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
20	Supuestos de Ley:	Una “X” en el casillero de acuerdo al supuesto señalado por el que se requiere el finiquito del pensionado por orfandad. • No continuar estudiando en el Sistema Educativo Nacional • Ser sujeto del Régimen Obligatorio • Haber desaparecido la incapacidad
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS		
21	Documentos adjuntos:	Una “X” en el o los casillero(s) que señale(n) el (los) documento(s) entregado(s) por el solicitante, que sustenta(n) el (los) trámite(s) de la prestación económica. Cuando marque otros deberá describir con claridad y precisión en el campo de OBSERVACIONES, el nombre del (de los) documento(s) que entrega el solicitante para comprobar sus derechos.
VI. OBSERVACIONES		
22	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
23	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
24	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la solicitud y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
25	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio
26	Autorizó o Revisó: Matrícula, Nombre, Firma y Cargo:	Una “X” en el casillero que señale la forma del pago ( ) Pago IMSS ( ) Pago Aseguradora. Matrícula, Apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN **(1)**
SUBDELEGACIÓN **(2)**
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Delegación **(3)** Subdelegación **(3)** Unidad Receptora **(3)**	FOLIO No. **(4)**	**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN POR HECHOS QUE INCIDEN EN EL CÁLCULO, EL MONTO DEL PAGO DE LA MISMA O CORRECCIÓN DE NOMBRE**

I. DATOS DEL PENSIONADO

	(5)	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
(6)	**(7)**	**(8)**
Número de Seguridad Social	C.U.R.P.	R.F.C. con Homoclave

II. DATOS DEL SOLICITANTE

	(9)	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

(10)	**(10)**
Domicilio: Calle y Número Int. Ext.	Colonia

(10)	**(10)**	**(11)**	**(11)**
C.P.	Ciudad o Entidad	Teléfono	Correo Electrónico

III. DATOS DE LA PENSIÓN

(12)	**(13)**
Régimen	Rama
(14)	**(15)**
Tipo de Pensión	Grupo Familiar

IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO

Por medio de la presente solicito la modificación de mi pensión por:

MOTIVO: **(16)**

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (17)

DEL PENSIONADO:		**EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:**	
Identificación Oficial	( )	Identificación Oficial	( )
Documento con NSS	( )	Documento que acredite la personalidad que ostente	( )
Documentos que sirvan de apoyo a su solicitud (recibos de pago, comprobantes de inscripción al Seguro Social, entre otros)	( )	Otros (Describir)	( )
R.F.C.	( )		

VI. OBSERVACIONES (18)

1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.
2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicitó el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución.
3. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23.

(19)
Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró		Pago IMSS ☐ **(22)** Autorizó	Pago Aseguradora ☐ **(22)** Revisó
(20) Matrícula, Nombre y Firma	**(21)** Lugar, Fecha y Sello	**(22)** Matrícula, Nombre, Firma y Cargo	

Documento para uso exclusivo del IMSS.

Nombre de la forma:	Solicitud de modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo, el monto del pago de la misma o corrección de nombre.
Objetivo:	Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite por modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo, el monto del pago de la misma o corrección de nombre.
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.
Número de tantos:	Original y dos tantos.
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
4	Folio:	Número progresivo asignado a la solicitud.
	I. DATOS DEL PENSIONADO	
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado que origina el derecho a la prestación.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Contribuyentes, con homoclave del asegurado a trece posiciones, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
	II. DATOS DEL SOLICITANTE	
9	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante.
10	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	Ubicación del domicilio del solicitante.
11	Teléfono y Correo Electrónico :	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular), así como correo electrónico, en su caso.

III. DATOS DE LA PENSIÓN (Datos que deberán ser llenados por el Departamento de Pensiones Subdelegacional)		
12	Régimen:	Clave del régimen de la Ley del Seguro Social en el que se otorgó la pensión al asegurado o a sus beneficiarios. Deberá anotar el tipo de régimen que corresponde al trámite solicitado.
13	Rama:	Clave y nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste.
14	Tipo de pensión:	Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario.
15	Grupo familiar:	Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado.
IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO		
16	Motivo:	Describir el motivo por el cual, el pensionado presenta la solicitud de modificación de la pensión.
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS		
17	Documentos adjuntos:	Una “X” en el o los casillero(s) que señale(n) el (los) documento(s) entregado(s) por el solicitante, que sustenta(n) el (los) trámite(s) de la prestación económica. Cuando marque otros deberá describir con claridad y precisión en el campo de OBSERVACIONES, el nombre del (de los) documento(s) que entrega el solicitante para comprobar sus derechos.
VI. OBSERVACIONES		
18	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
19	Firma o huella del solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
20	Elaboró: Matrícula, nombre y firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la solicitud y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
21	Lugar, fecha y sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
22	Autorizó o revisó: Matrícula, nombre, firma y cargo:	Una “X” en el casillero que señale la forma del pago ( ) Pago IMSS ( ) Pago Aseguradora. Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN **(1)**
SUBDELEGACIÓN **(2)**
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Delegación **(3)** Subdelegación **(3)** Unidad Receptora **(3)**	FOLIO No. **(4)**	**SOLICITUD PARA ACREDITAR A TERCERO PARA EL COBRO DE PENSIÓN**

I. DATOS DEL PENSIONADO

	(5)	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
(6)	**(7)**	
Número de Seguridad Social	C.U.R.P.	

II. DATOS DEL SOLICITANTE

	(8)		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
(9)		**(9)**	
Domicilio: Calle y Número Int. Ext.		Colonia	
(9)	**(9)**	**(10)**	**(10)**
C.P.	Ciudad o Entidad	Teléfono	Correo Electrónico

III. DATOS DE LA PENSIÓN

(11)	**(12)**
Régimen	Rama
(13)	**(14)**
Tipo de Pensión	Grupo Familiar

IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO

Solicito se acredite a la persona que se presenta con representación legal para que a mi nombre pueda realizar el cobro de mi pensión:

a) Apoderado Legal ( )

b) Patria Potestad ( ) **(15)**

c) Tutela ( )

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (16)

DEL PENSIONADO:		**EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:**	
Identificación Oficial	( )	Identificación Oficial	( )
Documento con NSS	( )	Documento que acredite la personalidad que ostente	( )
Comprobante de domicilio	( )	Otros (Describir)	( )

VI. OBSERVACIONES: (17)

1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.
2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicitó el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución.
3. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D.F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23.

(18)
Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró		Pago IMSS ☐ **(21)** Autorizó	Pago Aseguradora ☐ **(21)** Revisó
(19) Matrícula, Nombre y Firma	**(20)** Lugar, Fecha y Sello	**(21)** Matrícula, Nombre, Firma y Cargo	

Documento para uso exclusivo del IMSS.

Nombre de la forma:	Solicitud para acreditar a tercero para el cobro de pensión
Objetivo:	Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite para acreditar a tercero para el cobro de pensión.
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.
Número de tantos:	Original y dos tantos.
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
4	Folio:	Número progresivo asignado a la solicitud.
I. DATOS DEL PENSIONADO		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del pensionado.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
II. DATOS DEL SOLICITANTE		
8	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante.
9	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	Ubicación del domicilio del solicitante.
10	Teléfono y Correo Electrónico :	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular), así como correo electrónico, en su caso.

III. DATOS DE LA PENSIÓN (Datos que deberán ser llenados por el Departamento de Pensiones Subdelegacional)		
11	Régimen:	Clave del régimen de la Ley del Seguro Social en el que se otorgó la pensión al asegurado o a sus beneficiarios. Deberá anotar el tipo de régimen que corresponde al trámite solicitado.
12	Rama:	Clave y nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste.
13	Tipo de pensión:	Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario.
14	Grupo familiar:	Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado.
IV. TRAMITE SOLICITADO		
15	Solicitud para acreditar a tercero para cobro de pensión:	Se acredita a la persona que se presenta con representación legal para que realice el cobro de la pensión: • Apoderado Legal • Patria Potestad • Tutela
V. DATOS PARA EL TRÁMITE SOLICITADO		
16	Documentos adjuntos:	Una “X” en el o los casillero(s) que señale(n) el (los) documento(s) entregado(s) por el solicitante, que sustenta(n) el (los) trámite(s) de la prestación económica. Cuando marque otros deberá describir con claridad y precisión en el campo de OBSERVACIONES, el nombre del (de los) documento(s) que entrega el solicitante para comprobar sus derechos.
VI. OBSERVACIONES		
17	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
18	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
19	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la solicitud y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
20	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
21	Autorizó o Revisó: Matrícula, Nombre, Firma y Cargo:	Una “X” en el casillero que señale la forma del pago ( ) Pago IMSS ( ) Pago Aseguradora. Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN **(1)**
SUBDELEGACIÓN **(2)**
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Delegación **(3)** Subdelegación **(3)** Unidad Receptora **(3)**	FOLIO No. **(4)**	**SOLICITUD PARA EL PAGO DE MENSUALIDADES NO COBRADAS O RECLAMO DE DIFERENCIAS RELATIVAS A LA PENSIÓN**

I. DATOS DEL PENSIONADO

	(5)	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
(6)	**(7)**	**(8)**
Número de Seguridad Social	C.U.R.P.	R.F.C. con Homoclave

II. DATOS DEL SOLICITANTE

	(9)		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
(10)			**(10)**
Domicilio: Calle y Número Int. Ext.			Colonia
(10)	**(10)**	**(11)**	**(11)**
C.P.	Ciudad o Entidad	Teléfono	Correo Electrónico

III. DATOS DE LA PENSIÓN

(12)	(13)
Régimen	Rama
(14)	(15)
Tipo de Pensión	Grupo Familiar

IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO

Se solicita el pago de mensualidades o diferencias:

a) Por el pensionado ( ) **(16)**

b) Por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado ( )

Correspondiente(s) al (los) mes(es) de:

(17)

por los siguientes motivos: **(18)**

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (19)

DEL PENSIONADO:		**DEL HIJO MENOR DE DIECISÉIS AÑOS:**	
Identificación Oficial	( )	Copia certificada del Acta de Nacimiento	( )
Documento con NSS	( )	**HIJOS MAYORES DE DIECISÉIS AÑOS CON INCAPACIDAD DE CINCUENTA POR CIENTO O MÁS:**	
R.F.C.	( )	Copia certificada del Acta de Nacimiento	( )
Copia certificada del Acta de Defunción	( )	Formato ST-6 (Dictamen de beneficiario incapacitado)	( )
DEL SOLICITANTE:		**ASCENDIENTES QUE DEPENDÍAN ECONÓMICAMENTE DEL PENSIONADO:**	
Identificación Oficial	( )	Copia certificada del Acta de Nacimiento	( )
Comprobante de Domicilio	( )	Copia certificada de Resolución que acredite la dependencia económica	( )
C.U.R.P.	( )	**CONCUBINA:**	( )
Escrito del (los) solicitante(s) del pago de mensualidades no cobradas, mediante el cual, manifieste(n) bajo protesta de decir verdad que son las personas que prevé el artículo 501 de la Ley Federal del Trabajo.	( )	Copia certificada de Resolución que acredite el concubinato	( )
DE LA VIUDA:		**LAS PERSONAS QUE DEPENDÍAN ECONÓMICAMENTE DEL PENSIONADO:**	
Copia certificada del Acta de Matrimonio	( )	Copia certificada de Resolución que acredite la dependencia económica	( )
DEL VIUDO:		**EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:**	
Copia certificada del Acta de Matrimonio	( )	Identificación Oficial	( )
Copia certificada de Resolución que acredite la dependencia económica	( )	Documento que acredite la personalidad que ostente	( )
Formato ST-6 (Dictamen de beneficiario incapacitado)	( )	Otros (describir)	( )

VI. OBSERVACIONES (20)

1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.
2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicitó el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución.
3. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D.F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23.

(21)
Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró **(22)** Matrícula, Nombre y Firma	**(23)** Lugar, Fecha y Sello	Autorizó **(24)** Matrícula, Nombre, Firma y Cargo

Documento para uso exclusivo del IMSS.

Nombre de la forma:	Solicitud para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión
Objetivo:	Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión.
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.
Número de tantos:	Original y dos tantos.
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
4	Folio:	Número progresivo asignado a la solicitud.
	I. DATOS DEL PENSIONADO	
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del pensionado.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Contribuyentes, con homoclave del asegurado a trece posiciones, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
	II. DATOS DEL SOLICITANTE	
9	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante.
10	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	Ubicación del domicilio del solicitante.
11	Teléfono y Correo Electrónico :	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular), así como correo electrónico, en su caso.

III. DATOS DE LA PENSIÓN (Datos que deberán ser llenados por el Departamento de Pensiones Subdelegacional)		
12	Régimen:	Clave del régimen de la Ley del Seguro Social en el que se otorgó la pensión al asegurado o a sus beneficiarios. Deberá anotar el tipo de régimen que corresponde al trámite solicitado.
13	Rama:	Clave y nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste.
14	Tipo de pensión:	Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario.
15	Grupo familiar:	Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado.
IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO		
16	Se solicita el pago de mensualidades o diferencias:	Marcar con una “X” en el casillero que señala la persona que realiza la solicitud. a) Por el pensionado b) Por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado
17	Correspondiente(s) al (los) mes (es) de:	El mes de la fecha de las mensualidades no cobradas o reclamos de diferencias relativas a la pensión. Anotando el mes y por último el año.
18	…por los siguientes motivos:	Los motivos por los cuales desea hacer el reclamo para pago de mensualidades no cobradas o diferencias relativas a la pensión.
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS		
19	Documentos adjuntos:	Una “X” en el o los casillero(s) que señale(n) el (los) documento(s) entregado(s) por el solicitante, que sustenta(n) el (los) trámite(s) de la prestación. Cuando marque otros deberá describir con claridad y precisión en el campo de OBSERVACIONES, el nombre del (de los) documento(s) que entrega el solicitante para comprobar sus derechos.
VI. OBSERVACIONES		
20	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
21	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
22	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la solicitud y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
23	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
24	Autorizó: Matrícula, Nombre, Firma o Cargo:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN **(1)**
SUBDELEGACIÓN **(2)**
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

IMSS

SOLICITUD DE PRÓRROGA PARA EL PAGO DE PENSIÓN DE ORFANDAD O DE ASIGNACIÓN FAMILIAR POR CONTINUACIÓN DE ESTUDIOS DE HIJO MAYOR DE DIECISÉIS AÑOS

Delegación **(3)** Subdelegación **(3)** Unidad Receptora **(3)**	FOLIO No. **(4)**

I. DATOS DEL PENSIONADO

	(5)	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
(6)		**(7)**
Número de Seguridad Social		C.U.R.P.

II. DATOS DEL SOLICITANTE

	(8)		
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombre(s)
(9)			**(9)**
Domicilio: Calle y Número Int. Ext.			Colonia
(9)	**(9)**	**(10)**	**(10)**
C.P.	Ciudad o Entidad	Teléfono	Correo Electrónico

III. DATOS DE LA PENSIÓN

(11)	**(12)**
Régimen	Rama
(13)	**(14)**
Tipo de Pensión	Grupo Familiar

IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO

Por medio del presente solicito el trámite de prórroga por continuación de estudios para:

Nombre completo del alumno **(15)**	Nombre y clave de la Institución Educativa **(16)**
1	
2	
3	
4	
5	

Datos que deberán ser llenados por Departamento de Pensiones Subdelegacional

Ciclo escolar **(17)**	Año escolar **(17)**	Período de vigencia (incluyendo vacaciones escolares y administrativas) **(17)**	Lugar y fecha en la que se expide la constancia **(17)**
1			
2			
3			
4			
5			

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (18)

DEL SOLICITANTE:	( )	**EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:**	
Identificación Oficial	( )	Identificación Oficial	( )
Documento con NSS	( )	Documento que acredite la personalidad que ostente	( )
Constancia de Estudios	( )	Otros (Describir)	( )

VI. OBSERVACIONES (19)

1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.
2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicitó el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución.
3. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D.F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23.

(20)
Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró		Pago IMSS ☐ **(23)** Autorizó	Pago Aseguradora ☐ **(23)** Revisó
(21) Matrícula, Nombre y Firma	**(22)** Lugar, Fecha y Sello	**(23)** Matrícula, Nombre, Firma y Cargo	

Documento para uso exclusivo del IMSS.

Nombre de la forma:		Solicitud de prórroga para el pago de Pensión de Orfandad o de Asignación Familiar por continuación de estudios de hijo mayor de dieciséis años.
Objetivo:		Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite para prórroga para el pago de Pensión de Orfandad o de Asignación Familiar por continuación de estudios de hijo mayor de dieciséis años.
Elaborado por:		Servicio de Prestaciones Económicas.
Número de tantos:		Original y dos tantos.
Distribución:		Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.
INSTRUCTIVO DE LLENADO		
No.	**DATO**	**ANOTAR**
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
4	Folio:	Número progresivo asignado a la solicitud.
I. DATOS DEL PENSIONADO		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del pensionado.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
II. DATOS DEL SOLICITANTE		
8	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante.
9	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	Ubicación del domicilio del solicitante.
10	Teléfono y Correo Electrónico :	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular), así como correo electrónico, en su caso.
III. DATOS DE LA PENSIÓN (Datos que deberán ser llenados por el Departamento de Pensiones Subdelegacional)		
11	Régimen:	Clave del régimen de la Ley del Seguro Social en el que se otorgó la pensión al asegurado o a sus beneficiarios. Deberá anotar el tipo de régimen que corresponde al trámite solicitado.
12	Rama:	Clave y nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste.
13	Tipo de Pensión:	Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario.
14	Grupo Familiar:	Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado.
IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO		
15	Nombre completo del alumno:	Apellido paterno y materno y nombre(s) del alumno (huérfano o asignatario).
16	Nombre y clave de la Institución Educativa:	Nombre de la Institución Educativa en la que está inscrito el alumno perteneciente al Sistema Educativo Nacional.
17	Datos que deberán ser llenado por el Departamento de Pensión Subdelegacional:	Llenar con los datos de la constancia de estudios: • Ciclo escolar • Año escolar • Período de vigencia (incluyendo vacaciones escolares administrativas) • Lugar y Fecha en la que se expide la constancia
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS		
18	Documentos adjuntos:	Una “X” en el o los casillero(s) que señale(n) el (los) documento(s) entregado(s) por el solicitante, que sustenta(n) el (los) trámite(s) de la prestación económica. Cuando marque otros deberá describir con claridad y precisión en el campo de OBSERVACIONES, el nombre del (de los) documento(s) que entrega el solicitante para comprobar sus derechos.
VI. OBSERVACIONES		
19	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
20	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
21	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la solicitud y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
22	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
23	Autorizó: Matrícula, Nombre, Firma o Cargo:	Una “X” en el casillero que señale la forma del pago ( ) Pago IMSS ( ) Pago Aseguradora. Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN **(1)**
SUBDELEGACIÓN **(2)**
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Delegación **(3)**	FOLIO No. **(4)**	**SOLICITUD DE PAGO DE PENSIÓN A TRAVÉS DE ACREDITAMIENTO EN CUENTA**
Subdelegación **(3)**		
Unidad Receptora **(3)**		

I. DATOS DEL PENSIONADO

(5)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

(6)	**(7)**
Número de Seguridad Social	C.U.R.P.

II. DATOS DEL SOLICITANTE

(8)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

(9)	**(9)**
Domicilio: Calle y Número Int. Ext.	Colonia

(9)	**(9)**	**(10)**	**(10)**
C.P.	Ciudad o Entidad	Teléfono	Correo Electrónico

III. DATOS DE LA PENSIÓN

(11)	**(12)**
Régimen	Rama

(13)	**(14)**
Tipo de Pensión	Grupo Familiar

IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO

Por medio de la presente autorizo al Instituto Mexicano del Seguro Social para que acredite mensualmente el importe de mi pensión.

Nombre del titular **(15)**
Institución bancaria **(16)**
Sucursal (número y nombre) **(17)**
Número de cuenta **(18)** Número de Cuenta CLABE **(19)**
Acreditamiento a partir del mes de **(20)**

El beneficiario de la cuenta bancaria se compromete, para el caso de fallecimiento del pensionado, a notificar al Instituto dentro de los tres días siguientes del acontecimiento, para evitar pagos indebidos, y en el caso de omisión, se compromete a reembolsar al Instituto Mexicano del Seguro Social las mensualidades abonadas con posterioridad al fallecimiento del pensionado, para el caso de haber retirado dichos depósitos, o bien expresamente a autorizar al Banco a efectuar la devolución de estos al IMSS, en términos del artículo 56 de la Ley de Instituciones de Crédito, quedando a salvo los derechos familiares para tramitar ante el IMSS las prestaciones a que tenga derecho de acuerdo a la Ley del Seguro Social.

(21)	**(22)**
Domicilio y teléfono del beneficiario	Nombre y firma o huella digital del beneficiario

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (23)

DEL SOLICITANTE:		**EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:**	
Identificación Oficial	( )	Identificación Oficial	( )
Documento con NSS	( )	Documento que acredite la personalidad que ostente	( )
Documento expedido por la Institución de Crédito autorizada por el IMSS para pago de pensión	( )	Otros (Describir)	( )

VI. OBSERVACIONES: (24)

1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.
2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicitó el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución.
3. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D.F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23.

(25)
Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró		Autorizó
(26)	**(27)**	**(28)**
Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello	Matrícula, Nombre, Firma y Cargo

Documento para uso exclusivo del IMSS.

Nombre de la forma:	Solicitud de pago de pensión a través de acreditamiento en cuenta.
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del interesado (solicitante) para controlar y atender las solicitudes de acreditamiento en cuenta.
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.
Número de tantos:	Original y dos tantos.
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
4	Folio:	Número progresivo asignado a la solicitud.
	I. DATOS DEL PENSIONADO	
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del pensionado.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
	II. DATOS DEL SOLICITANTE	
8	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante.
9	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	Ubicación del domicilio del solicitante.
10	Teléfono y Correo Electrónico :	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular), así como correo electrónico, en su caso.
	III. DATOS DE LA PENSIÓN (Datos que deberán ser llenados por el Departamento de Pensiones Subdelegacional)	
11	Régimen:	Clave del régimen de la Ley del Seguro Social en el que se otorgó la pensión al asegurado o a sus beneficiarios. Deberá anotar el tipo de régimen que corresponde al trámite solicitado.

12	Rama:	Clave y nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste.
13	Tipo de pensión:	Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario.
14	Grupo familiar:	Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado.
IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO		
15	Nombre del titular:	Apellidos paterno, materno y nombre(s) del titular de la cuenta bancaria.
16	Institución bancaria:	Nombre de la Institución bancaria donde se apertura la cuenta bancaria.
17	Sucursal (número y nombre)	Número y nombre de la sucursal bancaria que controla la cuenta bancaria.
18	Número de cuenta:	Número asignado a la cuenta por la Institución bancaria.
19	Número de Cuenta CLABE:	Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución bancaria.
20	Acreditamiento a partir del mes de:	Mes y año de la nómina de pensionados a partir de la cual será depositado el pago mensual de la pensión en la cuenta bancaria.
21	Domicilio y teléfono del beneficiario	Ubicación del domicilio del beneficiario así como número telefónico donde se le pueda localizar en la Ciudad donde se presente a suscribir la solicitud (no celular).
22	Nombre y firma o huella digital del beneficiario:	Apellidos paterno y materno y nombre(s) del (de los) beneficiario(s) del titular de la cuenta bancaria, registrado(s) en el contrato bancario. Quien firma de aceptante solidario del titular de la cuenta y se compromete a rembolsar al IMSS las mensualidades abonadas con posterioridad al fallecimiento del pensionado.
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS		
23	Documentos adjuntos:	Anotar una “X” en el o los casillero(s) que señale(n) el (los) documento(s) entregado(s) por el solicitante, que sustenta(n) el (los) trámite(s) de la prestación económica. Cuando marque otros deberá describir con claridad y precisión en el campo de OBSERVACIONES, el nombre del (de los) documento(s) que entrega el solicitante para comprobar sus derechos.
VI. OBSERVACIONES		
24	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
25	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
26	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la solicitud y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
27	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
28	Autorizó: Matrícula, Nombre, Firma o Cargo:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN **(1)**
SUBDELEGACIÓN **(2)**
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Delegación **(3)** Subdelegación **(3)** Unidad Receptora **(3)**	FOLIO No. **(4)**	**SOLICITUD PARA PRÉSTAMO A CUENTA DE PENSIÓN DEL RÉGIMEN DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL 1973**

I. DATOS DEL PENSIONADO

	(5)	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
(6)	**(7)**	
Número de Seguridad Social	C.U.R.P.	

II. DATOS DEL SOLICITANTE

	(8)		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
(9)		**(9)**	
Domicilio: Calle y Número Int. Ext.		Colonia	
(9)	**(9)**	**(10)**	**(10)**
C.P.	Ciudad o Entidad	Teléfono	Correo Electrónico

III. DATOS DE LA PENSIÓN

(11)	**(12)**
Régimen	Rama
(13)	**(14)**
Tipo de Pensión	Grupo Familiar

IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO

Solicito me sea concedido un préstamo a cuenta de la pensión que actualmente disfruto bajo el Régimen de la Ley del Seguro Social 1973, estando conforme en que de ser favorecido con dicho préstamo, el mismo sea descontado de mi pensión en mensualidades, por un plazo no mayor de 12 meses.

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (15)

DEL PENSIONADO:

Identificación Oficial	( )	Otros (Describir)	( )
Documento con NSS	( )		

VI. OBSERVACIONES (16)

1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud.
2. De proceder el préstamo a cuenta de pensión, será incluido en la mensualidad de pago de pensión.
3. Los pensionados por Invalidez (definitiva), Riesgos de Trabajo (definitivo), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada, Vejez, Viudez, Orfandad o Ascendientes del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973, podrán solicitar préstamo a cuenta de pensión ante el Instituto, cuyo plazo para el pago no podrá exceder de un año, siempre y cuando la cuantía de la pensión no se reduzca a una cantidad inferior a los mínimos establecidos por la Ley del Seguro Social. No se otorgarán préstamos a cuenta de pensión a los titulares de las pensiones alimenticias, por Incapacidad Permanente (provisional) e Invalidez (temporal).
4. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23.

(17)
Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró		Autorizó
(18)	**(19)**	**(20)**
Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello	Matrícula, Nombre, Firma y Cargo

Documento para uso exclusivo del IMSS.

Nombre de la forma:		Solicitud para préstamo a cuenta de pensión del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973.
Objetivo:		Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite para préstamo a cuenta de pensión del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973.
Elaborado por:		Servicio de Prestaciones Económicas.
Número de tantos:		Original y dos tantos.
Distribución:		Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.
INSTRUCTIVO DE LLENADO		
No.	**DATO**	**ANOTAR**
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
4	Folio:	Número progresivo asignado a la solicitud.
I. DATOS DEL PENSIONADO		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del pensionado.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
II. DATOS DEL SOLICITANTE		
8	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante.
9	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	Ubicación del domicilio del solicitante.
10	Teléfono y Correo Electrónico :	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular), así como correo electrónico, en su caso.
III. DATOS DE LA PENSIÓN (Datos que deberán ser llenados por el Departamento de Pensiones Subdelegacional)		
11	Régimen:	Clave del régimen de la Ley del Seguro Social en el que se otorgó la pensión al asegurado o a sus beneficiarios. Deberá anotar el tipo de régimen que corresponde al trámite solicitado.
12	Rama:	Clave y nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste.
13	Tipo de pensión:	Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario.
14	Grupo familiar:	Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado.
IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO		
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS		
15	Documentos adjuntos:	Una “X” el o los casillero(s) que señale(n) el (los) documento(s) entregado(s) por el solicitante, que sustenta(n) el (los) trámite(s) de la prestación. Cuando marque otros deberá describir con claridad y precisión en el campo de OBSERVACIONES, el nombre del (de los) documento(s) que entrega el solicitante para comprobar sus derechos.
VI. OBSERVACIONES		
16	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
17	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
18	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la solicitud y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
19	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
20	Autorizó: Matrícula, Nombre, Firma o Cargo:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN **(1)**
SUBDELEGACIÓN **(2)**
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

SOLICITUD DE AYUDA PARA GASTOS DE MATRIMONIO

Delegación **(3)** Subdelegación **(3)** Unidad Receptora **(3)**	FOLIO No. **(4)**

I. DATOS DEL ASEGURADO

No. Seguridad Social **(5)**	C.U.R.P. **(6)**	Fecha de Matrimonio **(7)**	AFORE **(8)**
Apellido Paterno	Apellido Materno **(9)**	Nombre(s)	
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. **(10)**			
Colonia **(10)**	C.P. **(10)**	Ciudad o Entidad **(10)**	Teléfono(s) **(10)**

II. DATOS DEL CÓNYUGE

Apellido Paterno	Apellido Materno **(11)**	Nombre(s)

III. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LLENAR EL FORMATO (12)

Identificación oficial ( )	Copia certificada del Acta de Matrimonio ( )	Documento con número de seguridad social ( )	Clave única de registro de población ( )	Documento de la AFORE ( )	Otros (especificar) ( )

IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA (13)

Copia cotejada de la identificación oficial ( )	Copia cotejada del Acta de Matrimonio ( )	Otros (especificar) ( )

V. RESOLUCIÓN

No. de Resolución **(14)**	Elaboró **(16)**
Fecha Emisión **(15)**	
Fundamento Jurídico Art. 165 y 166, Ley del Seguro Social	Matrícula y Firma

OBSERVACIONES

1. El trámite es gratuito y podrá ser solicitado en la ventanilla del Control de Prestaciones de cualquier unidad de medicina familiar.
2. La disposición que realice el trabajador de los recursos de su cuenta individual por esta prestación, no disminuirá semanas de cotización.
3. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23.
4. Plazo de resolución: 12 días hábiles.

Entregó:		Recibió:
(17) Matrícula, Nombre y Firma	**(18)** Lugar, Fecha y Sello	**(19)** Nombre y Firma

Documento para uso exclusivo del IMSS Clave: 3300-009-018

Nombre de la Forma:	Solicitud de ayuda para gastos de matrimonio.
Clave:	3300-009-018
Objetivo:	Asentar los datos del asegurado y tramitar la ayuda para gastos de matrimonio del solicitante.
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas de la U.M.F. de elección del asegurado.
En U.M.F. Tramitadora y de Control o U.M.F. Tramitadora	
Número de Tantos:	Dos.
Distribución:	Un tanto: Expediente con el acuse de recibo del interesado, al término del trámite. Un tanto: Interesado.
En U.M.F. Dependiente	
Número de Tantos:	Original y dos copias.
Distribución:	Original: Expediente, junto con el tanto que emita la U.M.F. Tramitadora y de Control o U.M.F. Tramitadora de la cual dependa. 1ra. Copia: Expediente con el acuse de recibo del interesado, al término del trámite. 2da. Copia: Para el interesado.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
4	Folio:	Número progresivo asignado a la solicitud.
I. DATOS DEL ASEGURADO		
5	No. de Seguridad Social:	Número asignado por el Instituto al asegurado.
6	C.U.R.P.:	Clave única de registro de la población compuesta de 18 caracteres.
7	Fecha de Matrimonio (DD/MM/AA):	Día, Mes, Año de celebración del matrimonio civil.
8	AFORE:	Administradora de Fondos para el Retiro donde se encuentre registrado el asegurado al momento de solicitar la ayuda.

9	Apellido Paterno: Apellido Materno Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado solicitante.
10	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad y Teléfono(s):	Ubicación del domicilio del solicitante de acuerdo con los datos consignados, así como su número telefónico, de contar con él. Nota: cuando no exista nomenclatura se anotará “domicilio conocido”.
II. DATOS DEL CÓNYUGE		
11	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del (la) cónyuge.
III. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LLENAR EL FORMATO		
12	Identificación oficial: ( ) Copia certificada del Acta de Matrimonio: ( ) Documento con número de seguridad social: ( ) Clave única de registro de población ( ) Documento de la AFORE: ( ) Otros (especificar):	Una “X” para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos.
IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA		
13	Copia cotejada de la identificación oficial: ( ) Copia cotejada del Acta de Matrimonio: ( ) Otros (especificar):	Una “X” para indicar los documentos que se anexan a la solicitud, de presentar otros especificarlos.
V. RESOLUCIÓN		
14	No. de Resolución:	Número de autorización para pago en la Administradora de Fondos para el Retiro.
15	Fecha de emisión:	Día, mes y año de emisión de la solicitud.
16	Elaboró: Matrícula y Firma:	Matrícula y firma del empleado responsable de la recepción de la documentación y revisión del contenido de la solicitud. El nombre aparece de manera automática en el documento.
17	Entregó: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, nombre completo y firma del empleado responsable de la entrega de la solicitud y demás documentación.
18	Lugar, Fecha y Sello:	Municipio o Delegación y día, mes y año en donde se elabora la solicitud y el sello del Servicio.
19	Recibió: Nombre y Firma:	Nombre y firma o huella digital de acuse de recibo del asegurado solicitante; día, mes y año de entrega de resultados al interesado.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN **(1)**
SUBDELEGACIÓN **(2)**
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

SOLICITUD DE AYUDA PARA GASTOS DE FUNERAL

Delegación **(3)** Subdelegación **(3)** Unidad Receptora **(3)**	FOLIO No. **(4)**

I. DATOS DEL FINADO			
No. Seguridad Social **(5)**	C.U.R.P. **(6)**	Fecha de Defunción **(7)**	Ramo de Seguro **(8)**
Apellido Paterno	Apellido Materno **(9)**	Nombre(s)	
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. **(10)**			
Colonia **(10)**	C.P. **(10)**	Ciudad o Entidad **(10)**	

II. DATOS DEL SOLICITANTE			
Apellido Paterno	Apellido Materno **(11)**	Nombre(s)	
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. **(12)**			
Colonia **(12)**	C.P. **(12)**	Ciudad o Entidad **(12)**	Teléfono(s) **(12)**

III. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LLENAR EL FORMATO (13)					
Identificación oficial ( )	Copia certificada del Acta de Defunción ( )	Documento con número de seguridad social ( )	Clave única de registro de población ( )	Original de factura de gastos de funeral ( )	Otros (especificar) ( )

IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA (14)			
Copia cotejada de Identificación oficial ( )	Copia cotejada del Acta de Defunción ( )	Copia cotejada de la factura de gastos de funeral ( )	Otros (especificar) ( )

V. CERTIFICACIÓN DE DERECHOS		
SERVICIO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS	SERVICIO DE AFILIACIÓN Y VIGENCIA DE DERECHOS	
Pensión Vigente **(15)**	Responsable de la Certificación **(17)**	Con Derecho **(18)**
Número Componente **(16)**	Matrícula, nombre(s) y apellidos, firma y sello (o correo electrónico)	

V. RESOLUCIÓN	
No. Cheque o Volante de pago **(19)**	Elaboró **(21)**
Fecha de Emisión **(20)**	
Fundamento Jurídico Art. 64 Fracc. I y 104, Ley del Seguro Social	Matrícula y Firma

OBSERVACIONES

1. El trámite es gratuito y podrá ser solicitado en la ventanilla del Control de Prestaciones de cualquier unidad de medicina familiar.
2. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23.
3. Plazo de resolución: 12 días hábiles.

(22) Matrícula, Nombre y Firma	**(23)** Lugar, Fecha y Sello	**(24)** Nombre y Firma

Documento para uso exclusivo del IMSS Clave: 3300-009-015

Nombre de la Forma:	Solicitud de ayuda para gastos de funeral.
Clave:	3300-009-015
Objetivo:	Asentar los datos del asegurado o pensionado y tramitar la ayuda para gastos de funeral, en los seguros de Riesgos de Trabajo o Enfermedades y Maternidad.
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas de la U.M.F. de elección del interesado.
En U.M.F. Tramitadora y de Control o U.M.F. Tramitadora	
Número de Tantos:	Dos.
Distribución:	Un tanto: Expediente con el acuse de recibo del interesado, al término del trámite. Un tanto: Interesado.
En U.M.F. Dependiente	
Número de Tantos:	Original y dos copias.
Distribución:	Original: Expediente, junto con el tanto que emita la U.M.F. Tramitadora y de Control o U.M.F. Tramitadora de la cual dependa. 1ra. Copia: Expediente con el acuse de recibo del interesado, al término del trámite. 2da. Copia: Para el interesado.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
4	Folio:	Número progresivo asignado a la solicitud.
I. DATOS DEL FINADO		
5	No. de Seguridad Social:	Número asignado por el Instituto al asegurado.
6	C.U.R.P.:	Clave única de registro de población compuesto de 18 caracteres alfanuméricos
7	Fecha de Defunción:	Fecha que contenga el acta de defunción, con números arábigos el día, mes y año.
8	Ramo de Seguro:	Tipo de seguro en que se solicita la prestación (riesgos de trabajo o enfermedad).
9	Apellido Paterno, Materno y Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado o pensionado fallecido.
10	Domicilio: Calle y Número Int. Ext.,	Lugar de residencia del asegurado y/o pensionado fallecido.

	Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	
II. DATOS DEL SOLICITANTE		
11	Apellido Paterno, Materno y Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante, quien puede ser el estipulado en la factura o a quien éste le ceda el derecho para realizar el trámite y cobro de la ayuda.
12	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad y Teléfono(s):	Ubicación del domicilio del solicitante, de acuerdo a los datos consignados en el recuadro y número telefónico, de contar con él.
III. Documentación presentada para llenar el formato		
13	Identificación Oficial: ( ) Copia certificada del Acta de Defunción: ( ) Documento con número de seguridad social: ( ) Clave única de registro de población: ( ) Original de factura de gastos de funeral: ( ) Otros (especificar): ( )	Una “X” para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos.
IV. Documentación anexa		
14	Copia cotejada de Identificación Oficial : ( ) Copia cotejada del Acta de Defunción: ( ) Copia cotejada de la factura de gastos de funeral: ( ) Otros (especificar): ( )	Una “X” para indicar los documentos que se anexan a la solicitud, de presentar otros especificarlos.
V. Certificación de derechos		
15	Pensión vigente:	Un “Sí o No”, si el finado se encuentra vigente en su calidad de pensionado (sólo en casos de pensionados fallecidos).
16	Número de componente:	El número de componente cuando se trate de beneficiarios pensionados (sólo en casos de pensionados fallecidos).
17	Responsable de la Certificación: Matrícula, nombre(s) y apellidos, firma y sello(o correo electrónico):	Nombre completo, firma de la persona que certifica el derecho al pensionado y sello del servicio, o en su caso datos del correo electrónico enviado con la certificación de la pensión (sólo en casos de pensionados fallecidos).
18	Con derecho:	Un “Sí o No” dependiendo si tiene derecho a la prestación.
VI. Resolución		
19	No. de cheque o volante de pago:	Número del documento que ampara el importe de la prestación.
20	Fecha de Emisión:	Día, mes y año de emisión de la solicitud.
21	Elaboró: Matrícula y firma:	Matrícula y firma del empleado responsable de la recepción de la documentación y revisión del contenido de la solicitud. El nombre aparece de manera automática en el documento. A la entrega del cheque o volante de pago recaba del interesado su nombre y firma como acuse de recibo.
22	Entregó: Matrícula, Nombre y firma:	Matrícula, nombre completo y firma del empleado responsable de la entrega de la solicitud.
23	Lugar, Fecha y Sello:	Municipio o Delegación y día, mes y año en donde se elabora la solicitud y el sello del Servicio.
24	Recibió:	Nombre y firma o huella digital de acuse de recibo del solicitante; día,

	Nombre y Firma:	mes y año de entrega de resultados al interesado.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN **(1)**
SUBDELEGACIÓN **(2)**
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Delegación **(3)** Subdelegación **(3)** U.M.F. Tramitadora y de Control **(3)**	**SOLICITUD DE CELEBRACIÓN DE CONVENIO DE PAGO INDIRECTO Y REEMBOLSO DE SUBSIDIOS**

I. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa **(4)**	Registro Patronal **(4)**	Registro Patronal Único **(5)**
Domicilio Fiscal: Calle y Número **(6)**		
Colonia **(6)**	C.P. **(6)**	Ciudad o Entidad **(6)**
No. de la Escritura Pública o Testimonio Notarial o Acta Constitutiva de la Empresa: **(7)**	Volumen **(8)**	A la Escritura de **(9)**
Suscrita **(10)**	No. de Notario Público **(11)**	Nombre del Notario Público **(12)**
Lugar de Ubicación del Notario Público **(13)**		

II. DATOS DEL PATRÓN Y/O REPRESENTANTE LEGAL

Apellido Paterno	Apellido Materno **(14)**	Nombre(s)
Cargo **(15)**		

III. DECLARACIONES

Bajo protesta de decir la verdad ante ese H. Instituto, respetuosamente expongo:
Que vengo a solicitar se autorice a la empresa para:
A. Hacer pagos por subsidios de incapacidades derivadas de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad que sean concedidas por ese Instituto en favor de nuestros trabajadores asegurados.
B. Para recoger cheques y/o facturas que contengan la descripción de las incapacidades otorgadas a favor de nuestros trabajadores o de ser el caso el importe se aplicará como reembolso en el número de cuenta proporcionado por la empresa, a la cual el Instituto deberá depositar el pago de subsidios.
C. Para firmar y cobrar en su caso, en ese Instituto, los documentos que sean expedidos por cualquiera de los conceptos mencionados o por pago de diferencias en favor de los asegurados.
D. Por su parte, _____ (16) _____ se obliga a :

1. Hacerse responsable de cualquier reclamación que haga el asegurado contra el Instituto en relación con subsidios pagados de acuerdo con esta autorización, siempre que resulte fundada.
2. Al pagar las incapacidades de su trabajador asegurado, tendrá que recoger de éste un comprobante de dicho pago y lo conservará en su poder y a disposición del Instituto para cualquier reclamación relacionada con el mismo.

Esta solicitud se realiza en virtud de pagar la empresa el subsidio correspondiente a sus empleados cuando ese Instituto les expida Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo.

IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA AL FORMATO DE SOLICITUD (17)

Copia simple de la Identificación oficial, para cotejo	( )	Escrito señalando registro patronal, domicilio y número de trabajadores relacionados con dicho registro	( )
Original y copia simple del testimonio Notarial por el que se acredita la constitución de la persona moral, para cotejo	( )	Solicitud de Acreditamiento en Cuenta (Notificación de número de cuenta de cheques e Institución Bancaria)	( )
Copia certificada del Poder Notarial	( )	Original y copia de carta de acreditamiento de las personas autorizadas para recibir factura y cheques, así como para realizar aclaraciones de reembolso de subsidios	( )
Copia de última liquidación de cuotas obrero - patronales	( )	Consentimiento por escrito de la dirigencia de la organización sindical, o de no existir éste, escrito de los trabajadores expresando su consentimiento señalando nombre y número de seguridad social	( )
Copia certificada de la Toma de Nota realizada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, respecto a la dirigencia de la organización sindical, en su caso	( )		

Entregó: **(18)**	**(19)**	Recibió: **(20)**

Nombre y Firma del Patrón o Representante Legal	Lugar, Fecha y Sello de la Empresa	Matrícula, Nombre, Firma y Sello

Documento para uso exclusivo del IMSS Clave:3300-009-007

Nombre de la Forma:	Solicitud de celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios.
Clave:	3300-009-007
Objetivo:	Registrar y controlar antecedentes de la empresa que solicita celebración de Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios.
Elaborado por:	Patrón o Representante Legal de la Empresa.
Número de Tantos:	Original y copia.
Distribución:	Original: para la U.M.F. Tramitadora y de Control. Copia: para la Empresa

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: U.M.F. Tramitadora y de Control:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. Nombre y número de la U.M.F. Tramitadora y de Control.
I. DATOS DE LA EMPRESA		
4	Nombre de la empresa: Registro patronal:	Nombre o razón social de la Empresa que solicita la celebración del convenio. Número de registro patronal asignado a la empresa por el Instituto (de contar la empresa con varios registros patronales, anexar relación, indicando entidad y municipio de influencia de cada registro patronal).
5	Registro Patronal Único:	Número de registro patronal único, asignado a la empresa por el Instituto.
6	Domicilio fiscal: calle y número, colonia, C.P., ciudad o entidad	Ubicación del domicilio de la empresa solicitante.
7	No. de la escritura pública o testimonio notarial o acta constitutiva de la empresa:	No. de la Escritura pública o Testimonio notarial o Acta constitutiva de la empresa.
8	Volumen:	Número de volumen del libro en el que esté registrada el acta.
9	A la escritura de:	Tipo de la escritura que acredita la personalidad de quien celebra el convenio.
10	Suscrita:	Fecha de celebración de los hechos ante el C. notario público.
11	No. de notario público:	Número de notario público que dio fe del hecho.
12	Nombre del notario público:	Nombre completo del notario público que dio fe del hecho.
13	Lugar de ubicación del notario público:	Ubicación del domicilio del notario público calle, número interior o exterior, colonia, C.P., ciudad o entidad.

II. DATOS DEL PATRÓN Y/O REPRESENTANTE LEGAL		
14	Apellido paterno, materno y nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del patrón o representante legal de la empresa.
15	Cargo:	Cargo del patrón o representante legal de la empresa.
III. DECLARACIONES		
16	Por su parte, _____ se obliga a:	Nombre de la empresa.
IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA AL FORMATO DE SOLICITUD		
17	Copia simple de la Identificación oficial, para cotejo: ( ) Original y copia simple del testimonio Notarial por el que se acredita la constitución de la persona moral, para cotejo: ( ) Copia certificada del Poder Notarial: ( ) Copia de última liquidación de cuotas obrero – patronales: ( ) Copia certificada de la Toma de Nota realizada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, respecto a la dirigencia de la organización sindical, en su caso: ( ) Escrito señalando registro patronal, domicilio y número de trabajadores relacionados con dicho registro: ( ) Solicitud de Acreditamiento en Cuenta (Notificación de número de cuenta de cheques e Institución Bancaria): ( ) Original y copia de carta de acreditamiento de las personas autorizadas para recibir factura y cheques, así como para realizar aclaraciones de reembolso de subsidios: ( ) Consentimiento por escrito de la dirigencia de la organización sindical, o de no existir éste, escrito de los trabajadores expresando su consentimiento señalando nombre y número de seguridad social: ( )	Una “X” para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos.
18.	Entregó: Nombre y Firma del Patrón o Representante Legal:	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma del patrón o representante legal de la empresa.
19.	Lugar, Fecha y Sello de la Empresa:	Ciudad o entidad y día mes y año en donde se elabora la solicitud y el sello del servicio, en caso de contar con él.
20.	Recibió: Matrícula, Nombre, Firma y Sello:	Matrícula, nombre completo y firma del empleado responsable de recepción de la solicitud y sello del servicio de prestaciones económicas.

México, D.F., a 25 de septiembre de 2013.- La Directora de Prestaciones Económicas y Sociales, **Cristina González Medina**.- Rúbrica.

(R.- 380916)